

# A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM CLIENTES DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:

Uma Contribuição do Enfermeiro

Ana Paula Riberto Lopes

Escola de Enfermagem Anna Nery

Curso de Mestrado em Enfermagem

Orientadora: Regina Celia Gollner Zeitoune

Professora Doutora

Rio de Janeiro

1998

# A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM CLIENTES EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE:

Uma Contribuição do Enfermeiro

Ana Paula Riberto Lopes

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre.

Aprovada por:

Prof. \_\_\_\_\_ - Orientador  
(titulação)

Prof. \_\_\_\_\_  
(titulação)

Prof. \_\_\_\_\_  
(titulação)

Rio de Janeiro

1998

Lopes, Ana Paula Riberto.

A educação em saúde com clientes de Unidades Básicas de Saúde: uma contribuição do enfermeiro/ Ana Paula Riberto Lopes. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 1998.

x, 108p.

Dissertação – Universidade Federal do Rio de Janeiro, EEAN.

1-Educação em Saúde. 2-Enfermagem. 3- Saúde Pública

## *AGRADECIMENTOS*

Ao Sr. Celso Matias Secretário Municipal de Saúde de Juiz de Fora, por permitir muito gentilmente a utilização das Unidades Básicas de Saúde como cenário desta pesquisa.

Às enfermeiras das unidades básicas de saúde de Juiz de Fora, por aceitarem de boa vontade expor suas experiências sobre educação em saúde.

À Regina, minha orientadora, pela paciência e tranquilidade com que levou estes quase dois anos de convivência.

Às professoras Maria Yvone Chaves Mauro, Angela Cristina Corbishley, Ana Inês Sousa e Elizabete A. Paz Malveira, por terem compartilhado o seu saber participando das bancas examinadoras deste estudo.

Às amigas Angela e Dora, pelo apoio e incentivo à busca de qualificação profissional e pessoal que vêm me oferecendo desde meus tempos de graduação.

À Patrícia pela força no “português” e à Ana Lúcia pela força no “inglês”.

Às professoras e colegas do curso de Mestrado da EEAN – UFRJ, pelas contribuições que fizeram na intenção de enriquecer este estudo.

Ao meu pai, minha mãe e minhas três irmãs, Andreia, Patrícia e Beatriz, pela compreensão e todo auxílio que me deram ao longo deste período conturbado.

## RESUMO

O estudo trata da prática de educação em saúde realizada pelo enfermeiro com clientes em Unidades Básicas de Saúde - UBS da área urbana do município de Juiz de Fora – MG.; teve como objetivo analisar a prática de educação em saúde, traçando o perfil dos enfermeiros das UBSs, com descrição das ações desenvolvidas, identificando as estratégias didático-pedagógicas utilizadas no desenvolvimento da prática educativa e discutindo os fatores restritivos/impeditivos e os facilitadores para a prática das ações educativas. Os sujeitos foram os enfermeiros da rede básica de saúde que trabalhavam na área urbana e os dados foram obtidos através de questionário e observação sistematizada da prática educativa. A pesquisa foi descritiva, do tipo *job-analysis*. Os dados foram apresentados em tabelas e analisados à luz do referencial teórico. Os resultados mostraram que: a maioria dos enfermeiros atuava há mais de dez anos em unidades de saúde e com formação na área de Saúde Pública; a maior parte não tinha formação voltada para área de ensino; a compreensão acerca da educação em saúde estava voltada para a informação para prevenção de doenças e agravos à saúde; consideravam a participação do cliente como de fundamental importância nas ações educativas; a estratégia de ensino mais utilizada era a exposição oral; dentre os recursos de ensino os mais utilizados eram cartazes e folhetos. Os enfermeiros apontaram o apoio da equipe e a aceitação da comunidade como fator facilitador para o desenvolvimento das ações educativas e como fatores restritivos/impeditivos, a falta de material, de tempo e de recursos humanos, sendo indicadas, por eles mesmos, medidas de integração da equipe, expansão dos recursos humanos e materiais para obter-se uma melhor qualificação da prática de educação em saúde.

## ABSTRACT

This essay deals with the educational practicing in health done by the nurse with patients in Health Basic Units – HBU – in the urban area in Juiz de Fora city – MG; its aim was to analyse the educational practicing in health by drawing the nurse's profile in the HBUs, describing the developed actions, identifying the didactic pedagogical strategies used during the educational practicing and discussing the restrictive and facilitating factors do this practicing. The subjects were the nurses of the health basic net who worked in this urban area, and data were collected through questionnaires and observation of the educational practicing. It was a descriptive research, like a job-analysis. Data were presented in tables and analysed according to the theoretical reference. The results showed that: the majority of nurses had worked for more than ten years in health units and they were specialized in Public Health; the major part hadn't had teaching formation; comprehension in health education was driven towards information, illnesses prevention and health troubles; patient's participation was regarded as extremely important in educational actions; the most applied teaching strategy was oral explanation. Among the teaching resources, the most used ones were posters and folders. The nurses had pointed out the staff support and the community acceptance as facilitating factors to the development of educational activities, and, as restrictive factors, the lacking of material, time and human resources. Measures for crew integration and human resources and material expansion were indicated by themselves as necessities to achieving a better qualification for the educational practicing in health.

## LISTA DE TABELAS

Tabela	Pág.
1–Distribuição dos Sujeitos de Acordo com o Tempo de Formação e de Trabalho em U.B.S	52
2 – Distribuição dos Sujeitos de Acordo com a Titulação de Especialista	54
3 – Distribuição dos Sujeitos de Acordo com a Titulação na Área de Educação / Educação em Saúde	55
4 – Distribuição das Respostas de Acordo com o que os Sujeitos Entendiam por Educação em Saúde	58
5 – Distribuição dos Sujeitos Conforme sua Opinião sobre a Prática Educativa do Enfermeiro	60
6–Distribuição das Respostas de Acordo com o Conhecimento sobre as Modalidades de Educação em Saúde	62
7 – Distribuição das Respostas de Acordo com a Opinião sobre a Participação Ativa do Cliente no Processo de Ensino Aprendizagem da Educação em Saúde	66
8 – Distribuição das Respostas de Acordo com o Levantamento das Características e Necessidades da População nas U.B.S.	67
9 – Distribuição das Modalidades de Atividades Educativas Realizadas pelos enfermeiros nas U.B.S.	69
10 – Distribuição das Atividades Educativas Desenvolvidas pelos Enfermeiros	71
11 – Distribuição das Respostas de Acordo com as Estratégias Utilizadas nas Atividades Educativas e sua Adequação	78
12 – Distribuição das Respostas de Acordo com os Recursos de Ensino Utilizados e sua Adequação	80
13 – Distribuição das Respostas de Acordo com a Existência ou não de Fatores Restritivos/Impeditivos e dos Fatores Facilitadores à Prática Educativa	82
14 – Distribuição dos Fatores Facilitadores à Prática Educativa dos Sujeitos	83
15 – Distribuição dos fatores Restritivos/Impeditivos à Prática Educativa dos Sujeitos	85
16 – Distribuição dos Sujeitos Segundo Grau de Satisfação em Relação à Prática Educativa	90

17 – Distribuição das Respostas de Acordo com as Medidas para a Qualificação 91  
da Prática Educativa

18 – Distribuição das Respostas de Acordo com a Realização de Planejamento e 93  
Avaliação das Atividades Educativas



## **LISTA DE ANEXOS**

1 – Questionário

2 – Roteiro de Observação Sistematizada

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULOS</b>	<b>Pág.</b>
<b>I. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b>	<b>1</b>
1.1 Considerações Iniciais	1
1.2 Contextualização do Objeto de Estudo	4
1.3 Objetivos	7
1.4 Identificação e Caracterização das Variáveis	7
1.5 Justificativa e Relevância	8
<b>II. CONTEXTUALIZAÇÃO</b>	
2.1 Apresentando a Saúde em Juiz de Fora	10
2.2 A Rede Básica de Saúde de Juiz de Fora	13
2.3 O Programa de Saúde da Família em Juiz de Fora	16
<b>III. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	
3.1 Conferências sobre a Promoção da Saúde	18
3.2 O Sistema Único de Saúde	21
3.3 O Enfermeiro e as Ações Educativas em Saúde	25
3.3.1 A Educação em Saúde	31
3.3.2 O Processo Ensino – Aprendizagem	35
<b>IV. METODOLOGIA</b>	
4.1 Tipologia de Estudo	48
4.2 Sujeitos do Estudo	48
4.2.1 Critérios de Inclusão	48
4.2.2 Critérios de Exclusão	49
4.3 Instrumentação	49
4.4 Coleta dos Dados	50
4.5 Tratamento e Análise dos Dados	50
<b>V. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b>	
5.1 O Perfil do Enfermeiro, no que se Refere à Educação em Saúde	51
5.1.1 Características Profissionais	51
5.1.2 Conhecimento sobre Educação em Saúde	58
5.2 Características das Atividades Educativas	67
5.3 Estratégias e Recursos de Ensino	77
5.4 Fatores Restritivos/Impeditivos e Facilitadores à Prática de Educação em Saúde	81
<b>VI. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES</b>	
6.1 Conclusões	96
6.2 Recomendações	98
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>100</b>
<b>ANEXOS</b>	

# CAPÍTULO I

## 1. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE

### 1. 1 Considerações iniciais

As ações de saúde são usualmente caracterizadas em preventivas e curativas. As ações preventivas dizem respeito à prevenção de doenças e agravos à saúde, o que se faz através de promoção da saúde, proteção específica, diagnóstico e tratamento precoce, limitação de seqüelas e reabilitação, conforme evidenciado por Leavell e Clark como níveis de prevenção (Leavell e Clark, *apud* Kawamoto, 1995). As ações curativas deveriam curar as doenças já instaladas.

Estas ações estão inseridas no processo saúde – doença e, na verdade, sua separação é apenas didática, pois toda cura é uma prevenção de maiores danos e toda prevenção visa a não necessidade da cura.

No contexto das ações preventivas, a educação voltada para a saúde - a educação em saúde - é de extrema importância, chegando a ser vista por Rezende (1989) como o processo mais eficiente das ações profiláticas e como atividade das mais relevantes em um país em desenvolvimento, já que é um instrumento de transformação social.

Kawamoto (1995, p. 29) acredita que a educação em saúde é importante na medida em que está “baseada na reflexão crítica do grupo, porque o princípio dessa educação é o desenvolvimento da consciência crítica das causas, dos problemas e das ações necessárias para a melhoria das condições” de vida da população.

Além disso, a educação em saúde é fundamental na promoção da saúde, como se encontra na Carta de Ottawa<sup>1</sup>, estando presente não somente em todos os níveis de prevenção, mas também no aspecto curativo, pois inúmeros são os tratamentos que necessitam de um aprendizado por parte do cliente.

No contato diário do enfermeiro com a clientela, em qualquer área de atuação, surgem muitas oportunidades de troca de informações sobre assuntos de saúde e muitas atitudes e comportamentos do enfermeiro são observados por aqueles que estão ao seu redor – clientes ou profissionais de saúde.

Assim, se este profissional perceber isso, vislumbrará inúmeras ocasiões nas quais poderá procurar sensibilizar pessoas sobre questões de saúde, tanto de interesse mais geral/coletivo quanto de interesse particular/do indivíduo, bem como instrumentalizá-las para lidar melhor com estas questões. Ou seja, a prática de enfermagem é permeada por situações que podem favorecer o exercício da função de educador do enfermeiro e perceber este fato depende de seu compromisso com essa função.

Não se pretende dizer, com isso, que o enfermeiro é o único responsável pela educação em saúde na equipe onde quer que trabalhe. Seria um erro acreditar nisso, pois os demais profissionais da equipe de saúde que estão em contato direto com o cliente (entenda-se aqui o cliente no aspecto individual e coletivo – população, comunidade) também se defrontam com as mesmas oportunidades de exercer a função educativa e também têm essa responsabilidade. Contudo, como usualmente, em vista da sua formação, o enfermeiro é o membro da equipe de saúde (composta via de regra, por profissionais como: pessoal de enfermagem, médicos, dentistas, fisioterapeutas,

---

<sup>1</sup> A carta de intenções da 1ª Conferência Intenacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, 1986

assistentes sociais, psicólogos) mais capacitado para a função educativa (DILLY e JESUS, 1995), é comum que os outros profissionais de saúde sejam influenciados pelo enfermeiro em relação a como efetivar as práticas educativas. Mas certamente isso só ocorre quando o enfermeiro é atuante e demonstra seus conhecimentos na prática. Portanto, ressalta-se não somente a importância da educação em saúde, mas também a necessidade do enfermeiro assumir o seu compromisso com a educação enquanto profissional de saúde e alerta-se para o fato de ser o enfermeiro um potencial de exemplo para profissionais de saúde que atuam numa mesma equipe.

Como dito, a educação em saúde pode se dar a qualquer momento no cotidiano do enfermeiro que atue em uma unidade de saúde (tanto na atenção primária em unidades básicas, como na atenção secundária e terciária), constituindo-se dessa forma uma educação informal. Mas também, em uma unidade básica de saúde, o ambiente é muito propício para se organizar situações formais de ensino, tais como os grupos de população propostos pelo Ministério da Saúde em seus programas para atenção ao idoso, à mulher, à criança e ao adolescente, ao trabalhador e outros que podem ser organizados conforme o diagnóstico de saúde da comunidade onde está lotada a unidade.

Para essas situações formais de ensino e também para aquelas informais o enfermeiro e os outros profissionais da equipe devem usar de seus conhecimentos pedagógicos sobre o processo educativo em saúde e, se não os tiver, procurar cursos e material bibliográfico e requisitar à Secretaria de Saúde a que estão vinculados a devida atualização nessa área. Não que tenha de se doutorar em educação, mas, como diz L'abbate (1994, p. 483):

“...é preciso entender algo sobre a existência de relações fundamentais entre educação e sociedade, no sentido de que toda teoria

sobre educação contém uma visão de mundo e de sociedade ou, se quiser, uma ideologia; sobre alguns pressupostos a respeito do processo ensino-aprendizagem, considerando que grande parte do trabalho do profissional de saúde envolve transmissão de conhecimentos e orientações; ter uma visão geral de como a educação em saúde tem sido desenvolvida enquanto concepção e prática nas instituições e ter uma análise crítica do tipo de mensagens relacionadas à educação em saúde pelos veículos de comunicação de massa sobretudo as televisões comerciais...”

No presente trabalho, deu-se ênfase ao aspecto formal da educação em saúde, em virtude da formação da autora. No entanto, não se quer com isso supervalorizar tal aspecto, pois o informal é tão presente e importante quanto o formal e também necessita de uma instrumentalização do enfermeiro, só que não tanto a respeito da ciência da Didática, no que se refere a técnicas e dinâmicas de ensino.

## **1.2 Contextualização do Objeto de Estudo**

Desde a graduação pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, a autora do presente estudo vem se interessando pela temática educação em saúde, pois a percebia enquanto campo de ação primordial dos profissionais de saúde quando entendida no seu sentido mais amplo, abordando desde a prestação de informações voltadas para o autocuidado até o trabalho de conscientização da população e ação coletiva sobre os determinantes sociais do processo saúde - doença. Nesta linha de pensamento pode-se citar Silva (1994) que reforça essa idéia em análise da produção científica sobre educação relacionada a saúde.

Como já havia grande afinidade pela temática, durante a graduação buscou-se aproveitar todas as oportunidades que surgiram para atuar nesta área, tanto nas atividades curriculares como nas extracurriculares, tais como, projetos de extensão e estágios voluntários não remunerados realizados em Unidades Básicas de Saúde -

U.B.S.. Foram essas experiências que fizeram refletir sobre propostas e necessidades de ações educativas no contexto da prática de enfermagem.

A experiência nos cursos de Licenciatura em Enfermagem e Especialização em Educação para a Ciência contribuíram para o pensar acerca de estudos na área de educação e saúde. Embora os cursos fossem voltados para a prática escolar, expandiram o interesse frente ao processo educativo voltado para as questões de saúde, especificamente, considerando que este processo é respaldado em conhecimentos científicos, exigindo entendimento e domínio sobre a temática.

A participação na coleta de dados realizada em Juiz de Fora para uma pesquisa de doutorado intitulada “O trabalho de enfermagem no processo de construção de um modelo assistencial em saúde coletiva” (Corbishley, 1998) foi também fator contributivo para a reflexão sobre a questão. Nesta ocasião houve o contato com várias U.B.S. e percebeu-se diferentes maneiras de atuar em educação em saúde e diversos tipos de ações educativas desenvolvidas por enfermeiros .

Ou seja, foi-se percebendo que o enfermeiro era freqüentemente o responsável pelas ações educativas em saúde e geralmente o único que as executava de uma forma que transcendia a da prestação de informações individuais voltadas para o autocuidado. Havendo alguma atividade educativa com grupos ou com a comunidade, era o enfermeiro quem as desenvolvia. Às vezes o assistente social assumia algumas atividades com grupos e, muito raramente, era observada a participação do médico. O trabalho em equipe era raro, geralmente cada profissional atuava isoladamente voltando-se para procedimentos técnicos.

Contudo, num segundo momento de participação na coleta de dados da pesquisa de doutorado já citada, no final de 96 e início de 97 obteve-se contato mais

prolongado com uma U.B.S. que se mostrava diferente das outras conhecidas anteriormente nos estágios da graduação. Nela havia sido implantado o Programa de Saúde da Família (P.S.F.) e por conta deste programa era visível o envolvimento dos demais profissionais da equipe (médico, assistente social e auxiliares de enfermagem) como responsáveis também pelas ações educativas, atuando de forma conjunta na organização, planejamento e execução das mesmas.

Esse fato permitiu evidenciar que haviam realidades diferentes em Juiz de Fora. Em algumas unidades todos os profissionais assumiam o trabalho educativo e defendiam-no como estratégia básica na atuação para prevenção de doenças. Por outro lado, havia unidades onde apenas o enfermeiro e/ou o assistente social se envolviam com as ações educativas e poucas vezes visavam com maior ênfase o aspecto preventivo e não somente o curativo.

Observou-se, ainda, que ao realizar as atividades de educação em saúde existia uma diversidade na forma como eram desenvolvidas. Ora vinham ao encontro das necessidades do cliente, ora aconteciam nas “salas de espera” como uma rotina ou, então, individualmente, não ficando claro qual o critério utilizado para se determinar as atividades bem como as estratégias e recursos utilizados. Comumente as atividades educativas mais sistematizadas – formais -, eram esporádicas, não seguindo a um direcionamento ou planejamento mais amplo, perdendo-se os seus resultados.

Sabendo-se que no processo ensino – aprendizado questões tais como: conteúdo e metodologia, recursos utilizados e outras questões pedagógicas são fundamentais para a qualidade da atuação profissional do enfermeiro na sua prática educativa e, tendo-se em vista esse dia a dia observado pela autora, o presente estudo



teve como objeto a **prática de educação em saúde desenvolvida pelos enfermeiros à clientes de Unidades Básicas de Saúde do município de Juiz de Fora-MG.**

### **1.3 Objetivos**

O estudo teve como objetivos:

- Descrever o perfil dos enfermeiros que atuavam em Unidades Básicas de Saúde do município de Juiz de Fora - MG, no que se refere à prática de educação em saúde<sup>2</sup> à clientes;
- Descrever as ações educativas<sup>3</sup> desenvolvidas com clientes pelos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde, do município em estudo;
- Identificar as estratégias didático-pedagógicas utilizadas pelos enfermeiros nas atividades de educação em saúde nas Unidades Básicas de Saúde em estudo;
- Discutir os fatores restritivos ou impeditivos e os facilitadores para o desenvolvimento das ações educativas dos enfermeiros sujeitos do estudo junto à clientes de Unidade Básica de Saúde;
- Analisar a prática de educação em saúde desenvolvida pelos enfermeiros com clientes das Unidades Básicas de Saúde do município de Juiz de Fora-MG.

### **1.4 Identificação e Caracterização das Variáveis**

As variáveis do estudo foram classificadas segundo o tipo e a natureza, conforme FLEGNER, DIAS (1995).

<sup>2</sup> No estudo prática de educação em saúde se refere às atividades e ações de educação em saúde.

<sup>3</sup> No estudo ações educativas ou atividade de educação em saúde se referem à prática de educação em saúde.

- Variáveis contínuas quantitativas: tempo de formação, tempo de trabalho em unidades de saúde, realização de cursos de especialização, capacitação pedagógica .
- Variáveis descontínuas qualitativas: as ações educativas, as estratégias didático-pedagógicas, os fatores restritivos, os impeditivos e os facilitadores, as medidas para a qualificação da prática educativa.

### **1.5 Justificativa e Relevância**

A educação em saúde perpassa toda a formação do enfermeiro, qualquer que seja seu cenário de prática. Isto faz com que este profissional tenha no seu currículo não só o conteúdo teórico sobre esta modalidade de atividade, mas também o prático. Assim, na graduação tem-se como objetivo mostrar tal realidade ao aluno para que posteriormente, enquanto enfermeiro, possa cumprir com o seu compromisso de educador junto à clientela assistida.

Cabe ao enfermeiro resgatar sempre as oportunidades para educar a população. Neste sentido, pode-se destacar a consulta de enfermagem, a sala de espera, os grupos de interesse, a visita domiciliar, entre muitas outras situações, como momentos próprios para o desenvolvimento de ações educativas.

Contudo, existem lacunas na produção científica sobre a prática educativa do enfermeiro que atua em Unidades Básicas de Saúde em Juiz de Fora. Conhecer como se dá esta prática, qual o perfil do enfermeiro que a realiza, quais as dificuldades e facilidades que encontra para realizar estas atividades torna-se bastante necessário.

Dessa forma, partindo do princípio de que a reflexão sobre uma dada realidade ou situação é condição fundamental para a tomada de consciência acerca dos

fenômenos que a envolvem, possibilitando a sua compreensão e posterior transformação em algo mais adequado, o estudo das ações de educação em saúde realizadas pelo enfermeiro possibilitou o conhecimento das atividades educativas que este profissional desenvolve e das dificuldades e limitações que surgem no seu desenvolvimento.

Uma reflexão pelos próprios enfermeiros da rede básica de saúde acerca da prática educativa por eles desenvolvida poderá, a partir dos resultados da pesquisa, gerar maior conhecimento por parte dos enfermeiros de como estão sendo desenvolvidas as ações propostas, mostrando os caminhos seguidos, possibilitando uma discussão da validade e pertinência das mesmas sugerindo sua manutenção ou mesmo algumas modificações .

Por outro lado, o estudo trouxe resultados e conclusões que poderão contribuir para a formação do enfermeiro, mostrando através dos resultados e conclusões possibilidades de análise e de estruturação no processo de ensino-aprendizagem da formação do enfermeiro como educador, reforçando ou até mesmo com propostas de avanços, considerando que a educação em saúde no contexto da Saúde Pública é de vital importância e que as questões de prevenção podem ser trabalhadas junto a diversos grupos humanos.

Além disso, tendo o estudo possibilitado o conhecimento da realidade da prática educativa em U.B.S. do enfermeiro de Juiz de Fora, poder-se-á investigar outras questões como, por exemplo, a percepção que a clientela tem desta prática, com vistas à sua avaliação.

## CAPÍTULO II

### CONTEXTUALIZAÇÃO

#### **2.1 Apresentando a Saúde em Juiz de Fora**

Juiz de Fora é uma cidade do sudeste de Minas Gerais e conta com uma população de aproximadamente 419 mil habitantes para o ano de 1995, segundo projeção do IBGE feita sobre o censo de 1990.

De acordo com o documento “Tese da Secretaria Municipal de Saúde de Juiz de Fora”, modelo assistencial pode ser definido como “...o modo de se produzir ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-los e distribuí-los”.(BRASIL, 1995)

Ainda segundo o documento citado, coexistem em Juiz de Fora dois tipos de modelos assistenciais . O modelo predominante na cidade, como em todo o país, é o centrado na atenção médico/curativa, no qual o atendimento é voltado à livre demanda; há concentração dos serviços de saúde no centro da cidade e as consultas médicas do Sistema Único de Saúde (SUS) são predominantemente especializadas ( 70% do total), dados que mostram a pouca resolutividade da rede básica, má distribuição de recursos humanos, dentre outras características marcantes de uma assistência para a doença e não para a saúde.

O outro modelo seria o que foi proposto pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS/JF) da época (1995), a qual começou a implantá-lo à luz da proposta do S.U.S., de base territorial e epidemiológica, voltado à prevenção e à promoção da saúde. Para tanto, realizou, entre outras ações, a territorialização; treinamento de recursos humanos,

considerando que a formação dos profissionais de saúde é basicamente voltada para o modelo médico/curativo; padronizou medicamentos para o SUS de Juiz de Fora; reestruturou os serviços de epidemiologia; traçou e implementou políticas locais de atenção à saúde da mulher, criança, do adolescente, do trabalhador, de saúde bucal e saúde mental.

Nesse sentido, a S.M.S./JF adotou o Programa de Saúde da Família ( P.S.F.) como estratégia de operacionalização para a mudança do modelo assistencial em saúde, visando colaborar para organização e efetivação do S.U.S.. ( MACHADO e CONDÉ,1996)

A Secretaria de Saúde de Juiz de Fora assumiu a vigilância Sanitária, antes função do estado e, além disso, dispõe de controle social organizado representado pelos *“Conselhos Locais, Regionais e Municipal de Saúde, constituídos, entre outras finalidades, para viabilizar a participação dos usuários ”*. (CORBISHLEY e LOPES, 1997).

Em março de 1995 Juiz de Fora reivindicou, durante a segunda Conferência Municipal de Saúde, a condição de gestão semi-plena, dando um passo adiante no processo de descentralização, quando a

*“Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços: planejamento, cadastramento, contratação, controle e pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda rede pública existente no município, exceto unidades hospitalares de referência sob gestão estadual; assume a execução e controle das ações básicas de saúde, nutrição e educação, de vigilância epidemiológica, de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador no seu território (...); recebe mensalmente o total dos recursos financeiro para custeio correspondentes aos tetos ambulatorial e hospitalar estabelecidos”(BRASIL, 1993, p.7).*

Face ao exposto a SMS – Juiz de Fora acreditava que a cidade encontrava-se, na época, numa fase de transição entre os dois modelos apresentados, caminhando em

direção ao modelo de base epidemiológica. Ao que Corbishley (1998) pondera de maneira distinta, pois acredita que os dois modelos convivem hoje e sempre conviveram “harmoniosamente” naquela cidade, entre avanços e retrocessos, mesmo havendo à época, uma intenção de mudança.

No entanto, é necessário salientar que com a última eleição municipal houve uma modificação radical no quadro dos dirigentes político - administrativos da cidade e da S.M.S. o que gera, portanto, uma incerteza frente ao destino de todo esse processo de mudança, que poderá de certa maneira interferir no caminhar das questões enquanto propostas de trabalho, contribuindo ou não para o desenvolvimento e incremento das ações educativas neste contexto.

## **2.2 A Rede Básica de Saúde de Juiz de Fora**

Juiz de Fora é uma cidade de referência para 126 outros municípios da Zona da Mata mineira, em se tratando de atendimento à saúde.

De acordo com o Plano Diretor de Juiz de Fora (1996), a rede de saúde do município é constituída de 66 estabelecimentos, sendo 27 hospitais, 33 centros de saúde, complementados por 14 postos de saúde localizados na área rural, sendo que a participação do setor privado na área de planos de saúde é estimada em 30% do atendimento da população do município.

Os serviços de saúde formam uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada: os serviços são organizados em ordem crescente de complexidade, sendo uma porta de entrada preferencial do sistema as Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de 1ª linha, dando retaguarda temos as: Unidades de Emergência e as

Unidades de 2ª linha, que são os Institutos de Especialidades. Os Hospitais Conveniados formam a 3ª linha de atendimento do sistema de *saúde*. (JUIZ DE FORA, 1996)

Segundo o Plano Diretor/1996, a rede hospitalar oferece 3392 leitos, o que conforma o alto índice de 8,7 leitos/1000 habitantes. No entanto este índice não é real, pois fazendo o cálculo com a população total da área de abrangência de atendimento o índice cai para 3,4/1000 habitantes, estando abaixo do recomendado pela Organização Mundial de Saúde -O.M.S.-, que é de 6 leitos/habitante. (JUIZ DE FORA, 1996)

A cidade está dividida em 12 regiões sanitárias nas quais estão posicionadas as 34 U.B.S. da zona urbana (antigos centros de saúde) e as 14 da zona rural (antigos postos de saúde). Esta divisão foi feita com a intenção de que cada região seja capaz de resolver os problemas de saúde da população de sua área sem maiores deslocamentos, por parte dos usuários.

Nas UBSs da área urbana as equipes são compostas, geralmente, de 1 enfermeiro, 1 assistente social, médicos (clínico geral, ginecologista, pediatra, podendo não ter estas 3 especialidades), auxiliares de enfermagem e serventes. A carga horária de trabalho pode ser de 40 horas (enfermeiros, assistentes sociais e auxiliares de enfermagem) ou de 20 horas (médicos e dentistas).

Na zona rural, as equipes fixas contam com auxiliares de enfermagem e agentes de saúde, com um médico uma vez por semana e 1 ginecologista uma ou duas vezes por mês. Há uma equipe volante composta por enfermeiro, auxiliar de enfermagem, clínico, pediatra, dentista e técnico em higiene dental que circula em ônibus (chamado “Saúde no Campo”) para o atendimento em localidades sem postos de saúde.

No que se refere ao atendimento ambulatorial, o SUS/Juiz de Fora produz uma média de 120 mil consultas médicas ambulatoriais por mês, sendo 80 mil dos seus próprios serviços e 40 mil consultas por outros prestadores de serviços. Tal número de consultas ultrapassaria o parâmetro da OMS de 3 consultas/habitante/ano considerado aceitável, porém, *“essa aparente suficiência de oferta de serviços, na realidade, oculta distorções referentes não só à quantidade, já mencionada, mas sobretudo à qualidade dos serviços de saúde efetivamente prestados, devido ao inadequado balanceamento entre consultas básicas e consultas especializadas”*<sup>4</sup> (JUIZ DE FORA, 1996, p.164)

Estima-se que das 80 mil consultas mensais oferecidas pela SMS de Juiz de Fora, aproximadamente 62,5% sejam especializadas. Somando-se aos atendimentos oferecidos pela rede privada, tem-se o total de 90 mil consultas especializadas (75%) e 30 mil (25%) de consultas básicas por mês, explicitando de maneira pronunciada a distorção referida no parágrafo anterior. (JUIZ DE FORA, 1996)

Corbishley (1998) caracterizou 3 tipos ou padrões principais de unidades básicas de saúde em Juiz de fora: o tipo “Tradicional”, o “de Transição” e o “Inovador”. Esses três tipos não foram considerados pela autora como estanques entre si, admitindo sub-classificações a partir da adoção de outros critérios. Além disso, diante da complexidade dos serviços oferecidos, os diferentes tipos podem apresentar uma mistura de características como, por exemplo, o “Tradicional” apresentar características do “Inovador” ou vice-versa.

---

<sup>4</sup> O Plano Diretor de Juiz de Fora está considerando a padronização da OMS para classificação de consultas, ou seja, consultas básicas são as realizadas em centros de saúde por profissionais médicos de clínica geral, obstetria ou pediatria, teoricamente orientadas para a prática de Atenção Primária à saúde e que deveriam ter algo em torno de 80% de resolutividade a um baixo custo. Enquanto consultas especializadas são as realizadas em institutos específicos por médicos especialistas (2º nível de atenção à saúde). Teoricamente só 20% dos problemas de saúde necessitam de consultas especializadas, as quais têm um custo mais elevado.



Conforme Corbshiley (1998), enquadram-se no tipo tradicional as unidades que prestam uma assistência centrada no nível secundário de Leavell e Clark ( diagnóstico e tratamento), realizando algumas das atividades tradicionais de Saúde Pública como : imunização, curativos e outros tratamentos, chegando, às vezes, ao atendimento à gestante e escolar, como primazia da assistência individual, quando muito, chegando à assistência a grupos. Entre os membros da equipe há uma rígida divisão do trabalho, com predomínio de atividades técnicas. Neste tipo foram incluídas 14 das 33 unidades de saúde existentes em Juiz de fora na época em que a pesquisa foi implementada.

Como tipo de “transição” foram classificadas aquelas que possuem programas estruturados e em funcionamento, como o PAISMC - Programa de Assistência à Saúde da Mulher e da Criança e o Programa do Desnutrido dentre outros, além das tradicionais atividades de saúde pública. A assistência ultrapassa um pouco o nível individual, alcançando o nível de grupos e da comunidade e realiza algumas atividades de prevenção primária. Entre os membros da equipe há maior interação profissional, fato que se dá principalmente entre o enfermeiro e o assistente social. Quatro das 33 unidades foram assim classificadas.

Por fim, no tipo “inovador” enquadram-se aquelas unidades com o P.S.F. implantado e diferenciam-se dos demais por serem as equipes especializadas em Saúde da Família, trabalhando de uma forma conjunta, com a participação ativa da comunidade e desenvolvendo cotidianamente atividades de prevenção primária. Neste tipo estavam inseridas 15 das 33 unidades.

### **2.3 O Programa de Saúde da Família em Juiz de Fora**

Segundo Corbishley e col. (1997), em 1994 Juiz de Fora assinou um convênio com o Ministério da Saúde para a implantação do P.S.F. na cidade.

Neste programa, pela proposta do Ministério da Saúde, deverá haver equipes treinadas para prestar assistência integral à saúde do indivíduo e da família, as quais deverão trabalhar com dedicação exclusiva, tendo, para tanto, salários diferenciados: 1 médico, 1 enfermeiro, 2 auxiliares de saúde e 4 agentes de saúde irão compor uma equipe de uma U.B.S. que atuará numa área de 600 a 800 famílias. As equipes só iniciarão a atuação na comunidade após territorialização e diagnóstico de saúde da área.(BRASIL, 1994)

Para a implantação em Juiz de Fora, iniciada por 8 U.B.S. em agosto de 1995, algumas modificações foram efetuadas no programa. As unidades ficaram com até 600 famílias (este número, segundo relatos de profissionais da prefeitura, não foi muito respeitado na prática) em sua área de abrangência<sup>5</sup>, as equipes se constituem de 1 médico especializado em Medicina da Família, 1 enfermeiro especializado em Saúde da Família e Comunidade, 1 assistente social especializada em Saúde da Família, 2 auxiliares capacitados para o P.S.F. e 1 auxiliar de expediente. (CORBISHLEY e col., 1997).

Sendo uma estratégia para inversão do modelo assistencial em saúde de base curativa, vigente na cidade, para um modelo preventivo de base epidemiológica, o P.S.F. declara os seguintes objetivos: *“o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, identificação e prevenção dos fatores de risco de*

*adoecer e morrer em uma comunidade territorializada, adscrita e sob a responsabilidade de uma equipe da Unidade Básica de Saúde”.*( MACHADO E CONDÉ,1996, p.35/36 )

Os cursos de especialização em Saúde da Família nas áreas de Medicina , Enfermagem e Serviço Social, bem como os de capacitação para auxiliares de enfermagem foram oferecidos pela própria S.M.S./JF, conveniadas com a Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ.

Na *home-page* da S.M.S./JF, desativada atualmente, podia-se encontrar, além de outras informações, dados sobre a operacionalização do P.S.F. em Juiz de Fora. É interessante que trazia especificações das ações de cada profissional para o programa e, ao tratar das ações do enfermeiro, não citava nada de diferente do que se encontra na Lei do Exercício Profissional. De qualquer forma, é inegável a oportunidade que representou este programa em se tratando da possibilidade de um trabalho realizado em equipe no que diz respeito à educação em saúde, pois como estava descrito na citada *home-page*, neste programa a prática de educação em saúde deveria ser desenvolvida por toda equipe da U.B.S., podendo ser uma prática individual (quando envolve o cliente em seu processo de cura), com grupos operativos (mulher, adolescente, outros), educação comunitária, visitas domiciliares e formação de multiplicadores<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> "Corresponde a área de responsabilidade de uma unidade de saúde. Baseia-se em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população. Deve ser constituída por conglomerados de setores censitários". (UNGLERT,1993, p. 223)

<sup>6</sup> Grifos da autora

## **CAPÍTULO III**

### **REFERENCIAL TEÓRICO**

Este capítulo teve a partir da revisão de literatura a finalidade de proporcionar suporte teórico para o desenvolvimento do presente estudo e está assim estruturado: 3.1 – Conferências sobre a Promoção da Saúde; 3.2 – O Sistema Único de Saúde; 3.3 – O Enfermeiro e as Ações Educativas em Saúde; 3.3.1 – A educação em Saúde; 3.3.2 – O Processo Ensino-Aprendizagem.

#### **3.1 – Conferências sobre a Promoção da Saúde**

Em 1986 realizou-se em Ottawa, Canadá, a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, baseada na Declaração de Alma Ata sobre os cuidados primários em saúde e no documento da OMS sobre Saúde para Todos. Tal conferência apresentou, ao seu final, sua carta de intenções - a Carta de Ottawa.

Nesta carta definiu-se promoção da saúde como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”, entendendo que a saúde deve ser construída por cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros.

Assim, conforme a Carta de Ottawa, a promoção da saúde se realizaria através das seguintes ações:

1. Construção de políticas públicas saudáveis – a promoção da saúde vai além dos cuidados de saúde, sendo necessária a mudança na política de saúde e de todos os outros segmentos que envolvem e determinam a saúde. Isso se daria através da distribuição mais equitativa da renda e das políticas sociais; e da combinação de diversas abordagens complementares incluindo legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais.
2. Criar ambientes favoráveis – a saúde deve ser compreendida sob uma abordagem sócio-ecológica, pois são inseparáveis as ligações entre a população e seu meio-ambiente, sendo a questão da saúde agregada à outras questões que envolvem a vida em sociedade, tais como as condições sociais, de educação, renda, emprego, habitação, a preservação do ecossistema, as políticas públicas, entre outras.
3. Reforçar a ação comunitária – “promoção da saúde através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde. O centro desse processo é o incremento do poder das comunidades – a posse e o controle de seus próprios esforços e destino.”
4. Desenvolver habilidades pessoais – a promoção da saúde apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação, de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais, com isso aumentam as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio-ambiente, bem como fazer opções que conduzam a uma saúde melhor.

5. Reorientação dos serviços de saúde – a responsabilidade de promover a saúde não deve ser restrita aos profissionais da área, mas se estende aos indivíduos, comunidades, instituições que prestam serviços de saúde e os governos. Os serviços de saúde devem adotar uma postura abrangente que perceba e respeite as peculiaridades culturais e, fundamentalmente, focalizar as necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral que é. O papel do setor saúde deve mover-se, gradativamente, no sentido da promoção da saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços clínicos de urgência.

Como se vê, a educação em saúde compõe a promoção da saúde, sendo um de seus aspectos mais relevantes, pois quando esta é entendida em seu sentido mais amplo compreende-se que permeia, dentro do que foi especificado como ações de promoção da saúde, o desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço à ação comunitária, pois ambos são processos que têm como centro a ampliação do poder do indivíduo como tal, e do indivíduo como parte da coletividade – a comunidade em relação ao controle sobre a sua própria saúde e condições que a favoreçam, como um todo.

Candeias (1997, p) , baseado em Green e Kreuter, explica a promoção da saúde “como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conscientes à saúde”, enfatizando que promoção e educação em saúde são conceitos diferenciados e que não devem ser confundidos, como é comum acontecer. Ambas procuram sempre contribuir para o alcance de melhores níveis de saúde da população focalizada, mas a educação em saúde é apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde e , portanto, vem embutida no conceito de promoção da saúde.

Outras conferências internacionais sobre promoção da saúde foram realizadas em sequência, porém com temáticas diferentes e em diversos locais.

Toda essa movimentação em torno da promoção da saúde a fez propagar-se, enquanto idéia, pelo mundo, visto que já na terceira conferência em 1991, com o tema “Ambientes favoráveis à saúde”, obteve-se a participação de 81 países.

O Brasil sofreu bastante influência destas conferências, o que se torna claro ao observar a legislação sobre a saúde e sobre o Sistema Único de Saúde aprovada no início da década de 1990, onde a promoção da saúde é amplamente contemplada.

### **3.2 O Sistema Único de Saúde**

Estabelecido pela Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS) é hoje o Sistema Brasileiro de Saúde.

É um sistema único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo território nacional.

Será feita, neste item do trabalho, uma descrição do SUS conforme os documentos divulgados pelo governo, como a constituição federal, a Lei 8.080/90 e as Normas Operacionais Básicas de 93 e 96.

Sua doutrina é baseada nos seguintes princípios:

- Universalidade – é a garantia do direito de atenção à saúde a todo e qualquer cidadão, em todos os serviços públicos de saúde ou aos serviços contratados pelo poder público, sem qualquer discriminação.

- Equidade – estabelece que todo cidadão é igual perante o SUS, assegurando ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira.
- Integralidade – por este princípio deve-se entender, na prática, o homem como ser integral – bio-psico-social –, integrante de uma comunidade, que deverá ser atendido por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde.

E seus princípios organizativos são:

- ❖ Regionalização – os serviços de saúde devem estar dispostos numa área geográfica delimitada, com definição da população a ser atendida pelo serviço.
- ❖ Hierarquização – os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, onde o acesso da população à rede de saúde se dará através dos serviços de nível primário de atenção.
- ❖ Resolubilidade – por este princípio se define que o serviço de saúde deve ser capaz de cumprir a sua função no nível em que se coloca, resolvendo os problemas da população até o seu grau de competência.
- ❖ Descentralização – deverá ocorrer a nível político-administrativo, onde as responsabilidades quanto às ações de saúde entre os vários níveis de governo devem ser distribuídas *“a partir da idéia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto”* (BRASIL, 1990, p.10 ).
- ❖ Participação – refere-se à participação dos cidadãos, garantida constitucionalmente no processo de formulação de políticas de saúde e no



controle da sua execução em todos os níveis (federal ao local), a qual se dará através da atuação da população nos conselhos de saúde.

- ❖ Complementariedade do setor privado – conforme o artigo 199 da Constituição Federal as instituições privadas poderão participar de forma complementar do SUS, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos, de forma a que o interesse público prevaleça sobre o particular.

O principal objetivo da descentralização do SUS é a mudança do modelo assistencial centrado na assistência médico-hospitalar individual, assistemática, fragmentada e sem garantia de qualidade, deslocando o eixo deste modelo para a assistência integral, universalizada e hierarquizada proposta na lei da saúde.

Compreendendo que o SUS não poderia ser implantado, mas que precisava ser construído e passar necessariamente por um período de transição, o Ministério da Saúde aprovou normas disciplinadoras do processo de descentralização da gestão dos serviços de saúde, sendo a primeira delas a Norma Operacional Básica/93 (NOB – 93).

Ficou estabelecido na NOB-93 que o processo de descentralização propicia a convivência de situações diferenciadas no que se refere às condições de gestão do SUS nos estados e municípios, ficando a sistemática de relacionamento para os municípios classificada em três graus de implantação: condição de gestão incipiente, parcial e semi-plena, sendo esta uma ordem crescente em relação à descentralização.

A Norma Operacional Básica mais recente foi editada em 1996 – NOB/96. Sua finalidade primordial era “promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde de seus

municípios, com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS”. (BRASIL, 1996)

Buscando-se, com isso, a plena responsabilidade do poder público municipal, sendo os poderes públicos estadual e federal sempre co-responsáveis na respectiva competência ou na ausência da função municipal, tal como se encontra na Constituição Federal, inciso II do artigo 23. O que implica em se aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do sistema, visto que o município passa a ser , de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde de seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território.(BRASIL, 1996)

Sendo um dos objetivos do SUS a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas, conforme está na Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, fica implícito o importante papel destinado à educação em saúde, já que não se pode conceber a promoção da saúde ou o aspecto preventivo sem relacioná-los à educação em saúde, pois ela é uma das ações que compõem estes dois campos, conforme visto no item 2.1 deste trabalho.

Dessa forma, ressalta-se que mesmo não estando a educação em saúde explicitamente citada na Lei Orgânica da Saúde, pode-se inferir que, dada a sua importância, certamente está contida nos termos mais genéricos utilizados (promoção da saúde e prevenção de doenças), próprios para o uso em redações como a de uma lei.

### **3.3 O Enfermeiro e as Ações Educativas em Saúde**

Kant diz que o homem, ao contrário do animal que já nasce em plenitude, sendo já tudo o que deveria ser, devido ao instinto, vem ao mundo em estado incompleto, tendo que usar primeiramente do auxílio de outros seres humanos e posteriormente de sua razão para manter-se vivo . ( Kant *apud* Lara, 1996),

Esta idéia de Kant é uma reflexão básica para tratar qualquer processo educativo. Diz respeito à “... *educabilidade, ou seja, a capacidade de educar-se inerente à condição humana. Mas quem fala de possibilidade aponta para um futuro-ser, a partir de um presente-não-ser<sup>7</sup>. Se se reconhece a educabilidade do ser humano reconhece-se que ele ainda não é algo, carece de, falta-lhe alguma coisa.*”( LARA, 1996, p18).

Mas de que se trata essa alguma coisa, o que falta ao homem?

A propósito poder-se-ia pontuar a Teoria das Idéias de Platão, segundo a qual não encontraremos no mundo, que é mundo em que vivemos e o que percebemos, senão sombras, esboços passageiros do que há no mundo das essências, ou das idéias. Neste mundo, o das idéias, podemos encontrar os arquétipos, que são os modelos perfeitos de tudo o que há no mundo sensível. Nele o homem encontra sua plenitude, a sua totalidade, ou seja, tudo o que deveria ser.

Contudo, chegar ao arquétipo não é tarefa fácil, para tanto o homem deve desprender-se das coisas sensíveis e voltar-se para o mundo inteligível ( o das idéias).

Esse retorno só é possível ao homem através da reminiscência, por isso Platão dizia: “*Vós, homens, sois Deuses, mas disto esquecestes*” e, também “*Saber é recordar - se*”. (Platão *apud* Schwarz, 1993, p.163 ). Em vista disso, surge a importância que

Platão atribui à educação, pois, para ele a educação visa levar o homem a recuperar essa memória original.

Como se vê, educar não é ação estanque, trata - se de um processo amplo que permeia toda a existência humana e que pode se especificar em processos mais “estreitos” (comparados ao mais geral) como no caso do processo educativo em saúde, temática do presente trabalho.

Para falar do processo educativo em saúde faz-se necessário lembrar a influência da concepção da história natural da doença no pensamento da Saúde Pública que, segundo Mehrry (1984) procura passar a idéia de que a doença é um processo natural, sendo natural, então, que pessoas morram mais de uma doença do que outras. Em nosso país, essa idéia da naturalidade da doença fez-se presente desde a década de 30 até os dias de hoje.

Ora , como diz Minayo (1995) em “ O desafio do conhecimento” , atualmente ninguém ousa afirmar, em sã consciência, que exista alguma postura ou ação neutra, ou seja, desvinculada de alguma concepção ideológica. Se assim é, não se pode dizer, ‘em sã consciência’, que o trabalho educativo em saúde realizado em Saúde Pública é livre das idéias que a permeiam.

Sendo assim, se a doença é concebida como algo natural - independente de processos sociais inerentes ao momento histórico/cultural em que se vive e dependente apenas do sujeito, meio ambiente ou agente etiológico enquanto fatores isolados - certamente que a visão de saúde a ser trabalhada será aquela em que se acredita ser suficiente eliminar o agente etiológico, “ensinar” ao indivíduo o que deve fazer para evitar doenças e atuar sobre o meio externo, sempre em ações isoladas.

Contudo, como diz Stotz (1991, p.20), a doença raramente é um caso isolado.

*“Processos semelhantes verificam-se em outras pessoas e são expressão de dificuldades sociais em suas vidas. Mas - e aqui cabe assinalar a importância dos educadores sanitários - as relações entre o individual e o social não são facilmente percebidas e compreendidas pelos indivíduos. A própria percepção da doença é influenciada pela posição social e pela cultura do grupo social de referência dos indivíduos. Há sinais que são identificados como doenças, vistos como expressão desviante de uma normalidade biológica; outros não. E mesmo quando identificados enquanto doenças, os sinais nem sempre são reconhecidos nos indivíduos doentes e tampouco seu caráter coletivo é assimilado. ”*

Neste texto de Stotz (1993) fica claro que as necessidades de saúde são individuais e igualmente coletivas, assim não se pode trabalhar exclusivamente com o indivíduo nem apenas com a mobilização social e política. Para que a educação em saúde seja efetiva, os profissionais de saúde devem estar voltados para o envolvimento de indivíduos e grupos em ações para a defesa da saúde. O que não quer dizer que devam traçar planos para a mudança social, mas que podem ser “defensores/facilitadores” no processo de compreensão, por parte de indivíduos e grupos, das condições sociais e de trabalho adversas à saúde para identificar os problemas existentes na comunidade e, então, enfrentar estes problemas promovendo a saúde. Nesse sentido, *“o objetivo da educação sanitária é o de facilitar o máximo de poder dos indivíduos sobre suas vidas ou o máximo de controle do seu próprio destino(...)”*. (STOTZ, 1993, p 33.)

Sanmartí (1988), que também utiliza o termo educação sanitária, vê o processo educativo em saúde como um processo que informa, motiva e ajuda a população a adotar e manter práticas e estilos de vida saudáveis, bem como promover mudanças ambientais necessárias à manutenção deste estilo de vida saudável, capacitando os indivíduos para que possam participar na tomada de decisões sobre a saúde de sua comunidade.

Dilly e Jesus (1995, p. 105) consideram que a educação em saúde constitui-se um aspecto da educação integral devendo valorizar, portanto, as pessoas como seres humanos, conduzindo-as sem prejuízo de sua iniciativa e liberdade. Em sua especificidade, a educação em saúde deve *“fazer com que as pessoas considerem saúde como um valor; estimular a utilização dos serviços de saúde; estimular as pessoas a conseguirem saúde através de seus próprios esforços e ações”*; sem esquecer da formação crítica por parte dos usuário, capacitando-os para o exercício da cidadania.

Dentro dessa perspectiva de trabalho educativo em saúde realizado pelo enfermeiro, as autoras o classificam em três tipos: o individual, o com grupos e o com a comunidade.

Quanto ao trabalho individual as autoras tecem comentários basicamente acerca dos fatores que interferem na aprendizagem, tais como a motivação do indivíduo para aprendizagem, sua capacidade de atenção, seu passado cultural, (dentre outros) além do preparo do profissional condutor do processo. E, como escrevem especificamente para o enfermeiro enquanto membro da equipe de saúde, salientam que este profissional em vista dos fatores que interferem na aprendizagem, deve: conhecer os dados do cliente antes de escolher a abordagem para ministrar o conteúdo, saber ouvir e valorizar o saber que o cliente traz consigo, dominar o assunto a ser abordado e estar atento aos fatores citados, já que podem facilitar ou complicar o processo de ensinar/aprender.

Sobre o trabalho educativo com grupos as autoras enfatizam que a participação da população é imprescindível, devendo ser envolvida na programação para o levantamento das percepções e motivações dos participantes. É necessário que

os objetivos sejam bem definidos, que tenham relação com a realidade das pessoas envolvidas, pois só assim surgem as relações de troca e a busca conjunta de soluções para os problemas comuns.

Por fim, quanto ao trabalho educativo com a comunidade dizem as autoras que, com este trabalho, o pessoal de enfermagem visa *“implementar ações de assistência primária e capacitar os elementos da comunidade para uma melhor definição de seus problemas de saúde o que lhes permite desenvolver uma consciência crítica e uma ação participativa na busca de solução para os mesmos”* (DILLY e JESUS, 1995, p. 116).

Nesse sentido baseiam-se nos seguintes aspectos fundamentais da teoria de Paulo Freire sobre o trabalho educativo com populações: a verdadeira aprendizagem só se dá através da prática; a ação deve ser coletiva, pois ninguém está só no mundo; é preciso saber ouvir e respeitar o direito da palavra; a comunidade ainda não tem a possibilidade de um engajamento imediato; ninguém sabe tudo e ninguém ignora tudo; o educador tem que se saber ingênuo, assim como o educando o é; o educador é um político; para a verdadeira educação temos que aprender de novo. (DILLY e JESUS, 1995, p. 119/120)

Frente a estes apontamentos cabe perguntar : estará o enfermeiro preparado para exercer adequadamente seu papel de educador de saúde?

Ainda para Dilly e Jesus (1995,p.102) *”o enfermeiro é o elemento que em sua formação possui, em maior grau, os requisitos necessários ao desenvolvimento da tarefa de ensinar questões relativas à saúde”*, pois o currículo mínimo da graduação em Enfermagem valoriza as ciências humanas e os aspectos pedagógicos.

Contudo, a população permanece “necessitada” de educação para a saúde. Os indicadores de saúde continuam mostrando altos índices de morbi - mortalidade por doenças imunopreveníveis ou de diagnóstico e tratamento simples (como, por exemplo, verminoses) que poderiam ser evitadas com maior informação e ação social por parte da própria população.

Laganá (1989) defende que para os profissionais de saúde as dificuldades na concretização da educação em saúde dizem respeito ao baixo nível tecnológico da população devido às precárias condições econômicas, à insuficiente formação educacional no país, à incapacidade individual de vigilância da saúde, à incompetência do setor de enfermagem dos serviços de saúde e à impropriedade das técnicas educativas utilizadas pelos profissionais de saúde.

No entanto, esta autora discorda da importância dada aos fatores impeditivos supra citados, pois os vê como fruto da influência dos dogmas habituais do Sistema de Saúde, que encaram a cultura ou o modo das pessoas estarem no mundo como uma configuração de padrões de comportamento que somente dão sentido e valor às coisas desde que adaptadas aos padrões idealizados pelas classes dominantes da elite de saúde. Para ela a *“educação para a saúde tem sido difícil até então (...) porque tem estado desvinculada da realidade e não porque a população não queira buscar comportamentos que lhe tragam saúde e bem estar”*(LAGANÁ, 1989, p.150).

Pode-se inferir daí que, apesar do preparo pedagógico do enfermeiro, é preciso considerar a influência de sua formação hospitalocêntrica, que vê a ciência como única detentora de verdades, e a tradicional ideologia do Sistema de Saúde baseada na história natural da doença (ainda presentes nas universidades e nos serviços de saúde) como fatores influenciadores da qualidade da prática educativa



desenvolvida pelos enfermeiros e nas dificuldades que aponta. Além disso, mesmo que a formação do enfermeiro fosse “impecável” não haveria garantias de uma prática educativa de qualidade, pois dificilmente conseguiria dar conta sozinho de todo o trabalho educativo necessário em uma comunidade, até mesmo porque a função educativa não é a única que exerce. Há também as funções administrativa, assistencial, de pesquisa e de ensino inseridas na sua prática de enfermagem. O enfermeiro não deve e nem pode ser o único a assumir o papel de educador.

### **3.3.1 – A Educação em Saúde**

No Brasil, desde o século XIX, a educação em saúde esteve enquadrada no enfoque sanitaria tradicional, restrito a práticas centradas unicamente em regras de higiene pública e individual. Neste contexto, a medicalização da vida social esteve vinculada a um controle do Estado sobre os indivíduos, no sentido de manter e ampliar a hegemonia da classe dominante, o que foi reforçado pelas descobertas bacteriológicas que reduzem a doença a uma relação de causa e efeito de ordem estritamente biológica. (MOHR e SCHALL, 1992)

No início do século XX houve o deslocamento da ação política médica para a educação sanitária através do modelo norte-americano, que reforçava a visão de que “a educação poderia corrigir, através da higiene, a ignorância familiar que comprometia a saúde da criança, e de que a saúde individual era a base da estabilidade e segurança da nação (MOHR e SCHALL, 1992, p. 199)

Segundo Laganá (1989, p. 149) “tradicionalmente a educação para a saúde tem se caracterizado pelos modelos industriais de desenvolvimento , empregando mão de obra especializada para *educar* a população *mal orientada*, dando à educação em cunho paternalista e autoritário que se traduz pelo assistencialismo”. O que L’abbate (1992) também defende, ao dizer que a educação em saúde constitui-se historicamente como um conjunto de práticas autoritárias normalizadoras e disciplinadoras de condutas.

Nesta linha de pensamento pode-se citar Lima (1996), que diz que no Brasil o papel da educação em saúde ainda é muito influenciado por um visão médica bastante mecanicista do homem, a qual enfatiza o papel das ciências naturais no estudo das doenças. Considera, também, que o ensino e a prática da enfermagem tem sido muito influenciado por esta visão, o que se expressa num modelo clínico de atenção à saúde, cuja finalidade é o diagnóstico e a terapêutica e não a prevenção. Assim, quando se fala em educação em saúde, geralmente se pensa em cuidados pessoais que evitam doenças, como se a saúde fosse um problema exclusivamente pessoal e que é uma responsabilidade dos profissionais de saúde, ficando os clientes em uma atitude extremamente passiva.

No entanto, esta autora acredita que a educação em saúde deve ser reconhecida como uma área temática que integra as ciências sociais e as ciências da saúde e que envolve profissionais com formações distintas, num trabalho interdisciplinar, complementar e cooperativo.

As reflexões trazidas pelo movimento da reforma sanitária na década de 80, associadas às discussões ocorridas nas conferências sobre promoção da saúde, sobre a saúde como um todo e a educação em saúde inserida nela, influenciaram decisivamente

uma nova visão sobre a saúde e a educação, contrapondo-se à visão tradicional acima descrita.

Na perspectiva “não tradicional” pode-se citar Silva (1994), para quem educação em saúde é um processo cotidiano em que se gera a consciência da necessidade de tomar para si o processo de organização da vida individual e coletiva.

Por outro lado Candeias (1997, p 210), que define educação em saúde como “quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações conducentes à saúde”, combinações estas que relacionam-se com a importância de se combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com experiências de aprendizagem e de intervenções educativas diversas; a aprendizagem delineada aponta a educação em saúde como uma atividade sistematicamente planejada. Facilitar quer dizer predispor, possibilitar e reforçar. O aspecto voluntário está voltado para a compreensão e aceitação dos objetivos educativos e a palavra ação diz respeito à medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.

A autora é de opinião, ainda, que educação em saúde é um instrumento da promoção da saúde e não a própria promoção da saúde, como mencionado anteriormente neste trabalho por Candeias (1997).

O que coloca o educando (indivíduo ou coletividade) numa posição de busca consciente das condições que geram a saúde, tais como a informação para a saúde e melhores condições sociais do ambiente em que vive.

Assim, pode-se perceber a “nova” visão da educação em saúde como centrada no educando (indivíduo ou coletividade), na tentativa de auxiliá-lo ou sensibilizá-lo para formar a consciência crítica a respeito do processo saúde – doença e estimulá-lo a

ter uma postura ativa na busca de melhores condições de saúde e, instrumentalizando-o, para tanto, através da compreensão dos determinantes sociais e políticos deste processo, da informação sobre saúde (na prevenção de doenças, no planejamento familiar, sobre crescimento e desenvolvimento, e outros) e, até mesmo, da capacitação para uma atuação coletiva organizada frente as dificuldades sociais, como é o trabalho de assessoria que o enfermeiro pode desenvolver junto aos Conselhos Locais de Saúde ligados à UBS em que atuam.

Neste contexto surgem as discussões sobre cidadania – qualidade ou estado do cidadão, que, como tal, goza dos direitos civis e políticos de um Estado e desempenha seus deveres para com esta, sendo historicamente determinada e fruto de um processo de conquista do enfermeiro ; pois o eixo central da prática educativa localiza-se no conceito de educação enquanto processo que tem como finalidade a emancipação do homem e a transformação da realidade.(SILVA, 1992)

### **3.3.2 - O Processo Ensino - Aprendizagem**

Muitas são as teorias que procuram explicar como o ser humano aprende e como se dá, portanto, o processo de ensinar - aprender.

Não é intenção deste trabalho fazer uma exposição do que seriam estas teorias. Pretende-se aqui apenas tecer alguns apontamentos sobre elementos que influenciam o processo ensino - aprendizagem utilizados na prática de educação em saúde do enfermeiro como conteúdos, métodos e recursos de ensino.

A prática de educação em saúde pode acontecer após uma sistematização ou não, pois o imprevisto é comum no cotidiano de uma unidade de saúde, dando-se

geralmente na educação em nível individual ou com membros de uma família ou um pequeno grupo. Obviamente numa situação que não foi prevista com certa antecedência não é possível planejar previamente a prática educativa que será desenvolvida e o enfermeiro contará com os conteúdos e estratégias que já domina e que tiver à mão.

No entanto, numa situação planejada ou não, o conhecimento das condições e necessidades do(s) cliente(s) é indispensável. Sem esses conhecimentos como o enfermeiro saberá o que o cliente precisa ou como ajudá-lo a entender a mensagem que se pretende comunicar? Chega-se à conclusão, portanto de que é necessário que o educador em saúde, no caso o enfermeiro, antes de mais nada precisa conhecer a comunidade na qual trabalha, como um ser coletivo, e as pessoas que constituem essa comunidade, ao trabalhar em nível individual.

Só então o enfermeiro poderá planejar sua prática educativa seja com grupo, com o indivíduo, a família ou com a comunidade, levantando, juntamente com o cliente, os objetivos desta prática, baseado nas necessidades e condições do cliente e condições do profissional, programando os conteúdos e estratégias mais adequados aos objetivos e avaliando todo o processo ainda durante a sua execução.

No que se refere aos conteúdos de ensino Dilly e Jesus (1995) afirmam que sua definição depende, primeiramente, dos objetivos propostos. Esclarece, ainda, que outros critérios a serem considerados na escolha do conteúdo são:

- critério de significação, o qual diz que o conteúdo será significativo se condizer com a realidade pessoal, social e cultural do educando, devendo estar relacionado às experiências do mesmo, sendo capaz de despertar seu interesse, portanto;
- critério de adequação às necessidades culturais e sociais do educando;

- critério de validade segundo o qual o conteúdo deve ter validade para o momento e para toda vida, dignos de confiança e atualizados;
- critério de reelaboração dos conteúdos, os quais permitem aplicações pessoais e criativas por parte do educando;
- critério da flexibilidade, o qual diz que a seleção dos conteúdos não pode ser rígida e inflexível, mas deve estar sujeita a modificações e enriquecimentos conforme as necessidades do educando.

Quanto às estratégias de ensino, Bordenave e Pereira (1984, p.84), dizem que sua seleção é “...importantíssima, porque dela dependerá o educando crescer ou não como pessoa. Porque enquanto o conteúdo **informa** os métodos **formam**.”

Nesta afirmação está implícita a relação que há, para estes autores entre a escolha dos procedimentos de ensino e a ideologia na qual se baseiam. Ou seja, não há neutralidade dos procedimentos de ensino. A maneira como se transmite o conhecimento é o que direciona o processo ensino - aprendizagem. Assim, se o foco do processo é o educador, o processo será encaminhado, pelos procedimentos de ensino, de forma a desconsiderar-se os conhecimentos prévios do educando e sua capacidade criativa, constituindo a “pedagogia da transmissão”, onde se utiliza basicamente a exposição oral.

Se o educador visa moldar o comportamento do educando através do condicionamento estará sendo usada a “pedagogia do condicionamento”.

E, por fim, se o foco do processo ensino - aprendizagem é o educando - a “pedagogia da problematização” -, busca-se o exercício da autonomia, a reflexão e a capacidade criadora do educando. Essa é a pedagogia voltada para a transformação, pois

visa a formação de um cidadão mais consciente de seus direitos e deveres perante a sociedade, que percebe que pode controlar a sua própria vida e alcançar a sua saúde.

Ressalta-se, que a relação de um método com um dos tipos de pedagogia citados não é de dependência. Um método como a exposição oral, por exemplo, não necessariamente está vinculado à transmissão de conhecimentos centrada no educador, pois depende de como a ação educativa é conduzida. Se é utilizada a exposição oral com intensa participação dos educandos e estimulação ao raciocínio crítico - reflexivo, estará de acordo com uma prática educativa centrada nestes e não no educador.

Além de entender que os procedimentos de ensino não são neutros, para sua escolha faz-se necessário observar sua adequação aos objetivos de ensino, à experiência do educador, às necessidades sócio-culturais dos educandos, ao conteúdo a ser transmitido e ao tempo disponível para tanto.

L'abbate (1994) acredita que as estratégias de ensino só devem ser buscadas como recurso auxiliar ao processo educativo, porque o principal instrumento é o próprio educador, o que torna muito mais importante adquirir a postura de educador do que aprender técnicas, no que a autora concorda plenamente, principalmente em se tratando da prática educativa nas unidades de saúde, onde as situações educativas podem surgir a qualquer momento e nas mais diversas condições. Portanto se o educador se torna dependente das técnicas de ensino ou um mero reprodutor das mesmas, certamente desperdiçará muitas oportunidades de desenvolver educação em saúde.

Muitas são as estratégias de ensino que o enfermeiro dispõe para aplicar em sua prática educativa e certamente pode adaptá-las à sua realidade ou criar alguma que melhor se adeque a que precisa. Contudo é fundamental que o enfermeiro entenda qual o papel da metodologia para a educação em saúde.

O método é o como passar os conteúdos. As estratégias servem para tornar a atividade de educação em saúde mais interessante e menos cansativa. Para tanto precisam ser muito participativas e dinâmicas. Mas não é só diversão que elas trazem, pois ajudam a inserir o conteúdo no dia a dia das pessoas e podem auxiliar os clientes a se tornarem mais participativos e críticos, com maior capacidade de reflexão.

Neste estudo, serão abordadas algumas delas dentre as mais utilizadas conforme a percepção da autora, o que não implica que sejam as melhores, pois sua adequação depende de cada condição e situação com a qual se defronta.

Antes disso há ainda três considerações que L'abbate (1994) tece sobre o uso de técnicas de ensino. A primeira é saber por que, como e quando utilizar e sobretudo reinventar técnicas, de acordo com as condições de trabalho; a segunda é considerar que todo recurso didático que se pretende aplicar ao outro deve ter sido testado anteriormente pelo próprio educador e a terceira é que a proposta didática utilizada deve estar em consonância com a postura ética do educador e permitir o desenvolvimento da criatividade.

#### ➤ A Exposição Oral

A linguagem oral é o meio de comunicação humana por excelência. Em vista disso é obviamente natural que o enfermeiro a utilize na condução do processo educativo. Contudo, “nada em excesso”, é o que diz a máxima estóica. Por isso Carvalho, (1974) condena o verbalismo, o abuso ou mau uso da linguagem no ensino, mas não nega o valor de uma mensagem bem transmitida pela voz humana a outro ser humano, capaz de ouvi-la e de entendê-la.

É fundamental saber usar cada coisa no seu momento certo. Há ocasiões em que o educando precisa ouvir, então o enfermeiro vai discorrer sobre um assunto – o que



não impede a utilização de recursos áudio - visuais -, mas há ocasiões nas quais o cliente precisa fazer, falar, imaginar. Se o enfermeiro não está atento e buscando a justa conformidade entre as necessidades dos clientes e do momento, com a sua condução da prática educativa, mais especificamente na escolha de métodos e técnicas de ensino, é provável que a fala, e principalmente a técnica chamada de exposição oral, seja utilizada em situações didáticas onde é a escolha menos eficiente.

Além da adequação ao momento, a exposição oral também precisa ser bem feita. Para uma boa transmissão da mensagem e facilitar sua captação, a linguagem do educador deve primar pela clareza, simplicidade e acessibilidade. Deve ser fluente, mas pausada. A voz deve ser agradável, bem audível e com a dicção a mais perfeita possível. Fundamentalmente as idéias devem ser claras para que a fala se expresse claramente (CARVALHO, 1974).

Além dos cuidados referentes à linguagem e à voz, já especificados, segundo o mesmo autor e fazendo um paralelo com a enfermagem, impõe-se atender aos seguintes ditames: a) limitá-la no tempo, em função do grau de maturidade dos ouvintes e de outras condições momentâneas, tais como interesse pelo assunto, fadiga, calor excessivo, agitação do cliente etc. (em regra, o adolescente não consegue prestar atenção por mais de 25 minutos e o adulto, com raras exceções, não vai além do 40); b) alterná-la e reforçá-la com outras técnicas, outros procedimentos e outros recursos didático (audiovisuais, quadro de giz, interrogatórios, rápidas discussões dirigidas); c) preocupar-se constantemente com os ouvintes, procurando certificar-se de que estes estão prestando real atenção e estão de fato compreendendo; d) esforçar-se continuamente no sentido de concretizar as idéias, mediante exemplos, esquemas gráficos e outros elementos visuais, que ajudem a captar e visualizar a mensagem.

Finalmente pode-se mencionar, ainda conforme Carvalho (1974) alguns inconvenientes da exposição oral, os quais seriam:

- ◆ Passividade dos educandos: se o cliente não estiver motivado para a atividade educativa pode simplesmente ouvir as palavras, sem captar as idéias que o enfermeiro diz, aguardando silencioso pelo momento em que receberá seus pacotes de leite<sup>8</sup>. No entanto, se o cliente estiver em estado de alerta, mesmo que esteja silencioso e não demonstre tal atitude, estará intimamente concordando ou discordando, relacionando e comparando o que ouve com o saber que possui, ou seja, refletindo criticamente sobre o assunto exposto.
- ◆ Falsa atenção: ocorre quando o cliente demonstra externamente estar muito interessado, pela postura de atenção e concentração mental que assume, mas, internamente está relaxado e distante. Ou seja, não está atento e apresenta uma aparência falsa que engana ao educador.
- ◆ Educador alheio ao educandos: ocorre quando o enfermeiro não sabe conjugar a exposição oral com outras técnicas, ou é apaixonado pelo tema ao ponto de falar sem parar por 40 ou 50 minutos. Nisso geralmente esmiuça demais o assunto e muitas vezes descamba para o teorismo, tratando de conteúdos pouco práticos e “pesados” para os ouvintes, ou usando termos técnicos desconhecidos pelos mesmos.

#### ➤ A Demonstração Didática

Esta estratégia é bastante útil, por ser prática. Para o ensino de técnicas que envolvam procedimentos diferentes numa U.B.S. pode ser utilizada em diversas ocasiões como , por exemplo, ao se ensinar como fazer o soro caseiro ou uma

<sup>8</sup> No caso dos clientes que participam do Serviço de Assistência ao Desnutrido, pois recebem uma cota de leite e óleo mensalmente.

mamadeira, como dar banho em recém – nascido ou para ensinar um diabético a auto – aplicação de insulina.

Conforme Carvalho, (1974) as principais normas didáticas para esta estratégia são: utilizar, de preferência, a seqüência explanação – demonstração – aplicação ( ou seja, os educandos devem aplicá-la no final); se a operação é complexa é aconselhável que se façam demonstrações parceladas de cada parte significativa; preferir a demonstração em situação real (com instrumentos verdadeiros); planejá-la minuciosamente e, se preciso, fazer um ensaio prévio; demonstrar com segurança e perícia; controlar a atenção durante a demonstração e ir verificando se não há falhas de interpretação; promover aplicação imediata por parte dos educandos.

#### ➤ A Discussão em Pequenos Grupos

Esta técnica consiste em separar os participantes em pequenos grupos para a discussão de algum assunto ou encontrar-se soluções para problemas, tendo que ser escolhido um representante para fazer um relato do consenso a que o grupo chegou. Define-se um tempo para a discussão e, findo este prazo, desfaz-se os pequenos grupos, voltando ao agrupamento inicial e se procede ao relato de cada representante dos grupos, podendo ser aberta ou não uma discussão geral.

Dessa maneira pode-se conduzir uma reunião inteira apenas com este tipo de discussão ou a dinâmica pode ser feita como introdução ou em qualquer outro momento da atividade, conforme a necessidade e criatividade do enfermeiro.

É uma técnica que favorece a socialização, a comunicação e a busca de respostas em grupo. Um detalhe importante a ser observado é o correto controle do tempo realizado pelo enfermeiro de forma a que as pessoas não se sintam pressionadas, nem tampouco tenham a impressão de que podem discutir o tempo que desejarem. E,

ainda, que a presença constante do enfermeiro, estimulando e direcionando a discussão pode ser muito necessário, principalmente se os participantes não estão acostumados a trabalhar idéias em conjunto com outras pessoas.

### ➤ A Discussão Circular

Nesta técnica os participantes sentam-se formando um círculo único e começam uma discussão baseados nas seguintes regras: em sentido horário, cada participante terá um tempo determinado (1 minuto, por exemplo) para expor sua opinião sobre determinado assunto, enquanto ele fala os outros não podem se pronunciar. Depois que o círculo inteiro se pronunciou o enfermeiro pode fazer outra rodada ou abrir para uma discussão geral livre ou, então, complementar com uma exposição oral sobre determinado assunto.

Assim, pode-se utilizar esta técnica em várias ocasiões, conforme a necessidade. É uma interessante dinâmica para garantir a participação de todos e evitar que uns mais extrovertidos “prendam” a palavra. Contudo, faz necessária uma rígida disciplina para que as regras sejam observadas e a dinâmica dê certo.

Ressalta-se que a disciplina requerida para realizar esta técnica pode intimidar os clientes na sua participação. Por isso o enfermeiro deve avaliar muito bem onde, quando e com que tipo de clientes irá aplicar a discussão circular.

No que se refere aos recursos de ensino, para Scotney (1981), os recursos simples como quadro de giz e giz, retroprojetor, flanelógrafo, álbum seriado, fotos, filmes, cartazes e outros, devem ter preferência, até mesmo porque não se costuma ter recursos sofisticados em uma Unidade Básica de Saúde. Ressalta, ainda, que os recursos

áudio - visuais devem ser amplamente utilizados - mas não em excesso -, porque facilitam a atenção e memorização.

Conforme Carvalho, (1974) pesquisas já demonstraram que há maior número de pessoas que aprendem melhor por meio da imagem do que por meio do som, sendo que com o emprego de audiovisuais a aprendizagem aumenta 35% e dura por um maior período de tempo (mais 55%).

Para a autora acima citada as principais vantagens da utilização criteriosa de recursos audiovisuais no ensino são: enriquecer a experiência sensorial, base da aprendizagem; facilitar a aquisição e a fixação dos conteúdos; ter forte poder de motivação; estimular a imaginação e a capacidade de abstração; economizar tempo; estimular a participação dos educandos, se usados dinamicamente.

Cabe ressaltar aqui que os recursos de ensino não são os condutores do processo de ensino – aprendizagem. Eles auxiliam tal processo conforme são utilizados. Assim, é fundamental que o educador não caia no erro de acreditar que os recursos, como a TV, os cartazes ou folhetos ensinam por si próprios, supervalorizando-os e descuidando do processo educativo como um todo. Como diz seu próprio nome, um recurso de ensino nada mais é do que um recurso, algo que o educador tem para auxiliá-lo e não para liberá-lo de uma atividade educativa, como é comum acontecer.

Carvalho (1974) faz uma classificação sumária dos tipos de recursos audiovisuais:

- a) material instrumental ou de trabalho (régua, lápis, papel, quadro de giz, giz, material cirúrgico, equipamentos e outros);
- b) material ilustrativo, ou seja, aquele a que melhor se aplica denominação de recursos audiovisuais, como cartazes, álbuns seriados, filmes, projeções e outros;

- c) material experimental, que abrange o equipamento e as instalações de laboratórios;
- d) material informativo, constituído por qualquer tipo de publicação que divulgue fatos ou idéias, como revistas, folhetos, livros e outros.

Neste estudo serão abordados alguns recursos que sabidamente são os mais utilizados nas U.B.S., sempre tendo como referencial Carvalho, 1974.

➤ Quadro de giz e giz

É um recurso barato e econômico, do qual poucos educadores sabem retirar o máximo proveito, já que desconhecem suas possibilidades. Sua utilização deve respeitar alguns quesitos; legibilidade, garantida por letras grandes e bem desenhadas; correção gramatical; ordem, conseguida por uma seqüência lógica, com destaques para títulos e fatores essenciais; limpeza constante, retirando-se os elementos de interesse momentâneo no decorrer da exposição e evitando uma sobrecarga de informações no quadro. O quadro de giz pode ser preenchido ao longo da exposição ou, mais raramente, no seu início, mostrando o seu conteúdo totalmente ou gradativamente (strip – tease).

➤ Material Ilustrativo

Mesmo em uma conversa formal, ao se narrar um fato, descrever uma pessoa ou um lugar, sente-se a necessidade de desenhos, fotografias, esquemas gráficos e tudo o mais que possa auxiliar a tornar a mensagem mais clara ao receptor.

Da mesma forma, e numa escala muito maior, isso acontece nas atividades educativas individuais e principalmente coletivas. Basta saber utilizar os recursos mais pertinentes e adequados às características dos educandos. Sua utilização e obtenção são relativamente fáceis, bastando, para tanto, que o educador vença a sua inércia e comodismo e explore sua própria capacidade imaginativa de criar e encontrar material ilustrativo.

Os cartazes ilustrativos só podem ser mostrados quando os educandos estão prontos para ver e observar. Devem ter um tamanho que permita a visualização por todos ao mesmo tempo ou, caso sejam menores que o desejável, podem ser expostos a grupos de clientes sem que se demore muito para que os demais não se desliguem do assunto. Nunca se deve deixar o cartaz circular de mão em mão.

Outro tipo de material demonstrativo muito usado nas U.B.S. são as projeções feitas com slides, retroprojektor ou mesmo filmes por meio do vídeo – cassete. Do ponto de vista didático faz-se necessária a observância de algumas normas: a seleção do material a ser exibido deve ser criteriosa, levando em consideração o nível de maturidade e interesse dos educandos, a atualidade das informações e, fundamentalmente, a sua adequação ao tema que está sendo abordado (não deve ser algo para distrair ou preencher tempo, deve ter seu valor pedagógico iminente). Os educandos devem estar preparados, motivados e orientados para a observação, sendo, geralmente, necessários comentários do educador mesmo durante as projeções ou ao seu final e a verificação da compreensão que os educandos tiveram da projeção seguida de debate ou aplicação prática.

Um outro aspecto do processo ensino - aprendizagem que o enfermeiro precisa levar em consideração é a avaliação, pois somente a avaliação, constante durante todo o processo e não apenas ao seu término, poderá apontar as necessidades de ajuste ou não. Isso pode ser averiguado através da verificação do alcance parcial ou total dos objetivos.

A avaliação em educação é uma questão muito visada e também muito conceituada. Ou seja, há variados enfoques sobre a problemática da avaliação e, portanto, várias maneiras de entendê-la. Assim, algumas concepções enfatizam a dimensão medida, enquanto outras estão mais voltadas para o aspecto de julgamento, ou

juízo de valor, enquanto outras, ainda permeiam as suas dimensões. (TURRA, ENRICONE, SANTANA e ANDRÉ, 1984)

É fundamental perceber que sem avaliação não há crescimento, pois o que é crescer senão alcançar o êxito e conquistar a condição de um patamar superior, melhor e mais exigente, ao que se encontrava. E como alcançar o degrau de cima sem apoiar-se no de baixo? Como crescer sem avaliar ou julgar criteriosamente as decisões tomadas e suas consequências positivas ou negativas?

O enfermeiro precisa avaliar sua prática educativa na medida em que vem discutindo e buscando aumentar a qualidade da prática educativa. Nesse sentido, avaliar a prática educativa do enfermeiro não é questão unilateral de se conhecer apenas a atuação do enfermeiro, pois quando se fala em educação necessariamente está se falando de uma relação educador/educando, ou mestre/ discípulo, professor/aluno. No caso da saúde, esta relação se dá entre educador de saúde e a população, sendo que, neste estudo, está restrita à relação enfermeiro/cliente.

Dilly e Jesus (1995, p 167) dizem que *a avaliação não resolve todos os problemas, mas pode mostrar os principais êxitos ou fracassos, onde e como são necessárias mudanças, como aproveitar os pontos positivos. Além disso, pode fornecer informações para subsidiar as tomadas de decisão e permitir e que todos vejam o seu trabalho dentro de um contexto mais amplo e compreendam as consequências de sua atuação.(...) O que torna óbvio que a avaliação se faz necessária em todas as ações da prática profissional para melhor conduzi-la.*

Dessa forma, o enfermeiro deve planejar a avaliação para que seja efetuada nos diferentes momentos do processo ensino - aprendizagem tendo como principais as seguintes funções: diagnóstica (verificação dos conhecimentos e particularidades da



cientela, que deverá se dar no início do processo); controladora ( se dá durante o processo para manter educador e educando/cliente informados do rendimento e das deficiências do mesmo e possibilitando modificações necessárias) e classificatória (ocorre no final do processo ao comparar os resultados obtidos com os diferentes educandos/clientes e também fornece *feedback* aos clientes) (TURRA e col., 1984).

Finalmente considera-se que a avaliação tem como princípios básicos: esclarecer o que vai ser avaliado, selecionar e utilizar técnicas variadas e adequadas; ter consciência das possibilidades e limitações das técnicas de avaliação; saber que a avaliação é um meio e não um fim. E tem como etapas a determinação do que vai ser avaliado; a seleção das técnicas adequadas; o estabelecimento dos critérios de avaliação e, por fim, a realização da aferição dos resultados (DILLY e JESUS, 1995).

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGIA

Este capítulo está estruturado conforme a sua tipologia; sujeitos do estudo, a instrumentação, o tratamento e a análise dos dados.

#### 4.1 Tipologia de estudo

O estudo foi do tipo *job analysis*, ou seja estudo de trabalho.

Segundo Flegner, Dias (1995, 53), um estudo é do tipo *job analysis* por tratar-se de uma técnica designada para determinar a natureza de um trabalho particular e dos tipos de treinamento, preparação e atitudes necessárias para o sucesso no trabalho.

É descritivo na medida em que “...*pretende descrever ‘com exatidão’ os fatos e fenômenos de determinada realidade*” Triviños (1990, 110). No caso deste estudo, descreve-se os fatos e fenômenos da realidade das ações educativas dos enfermeiros que atuam nas U.B.S. Juiz de Fora, a fim de conhecer com mais critério essa situação.

#### 4.2 Sujeitos do Estudo

##### 4.2.1 Critérios de Inclusão

Foram sujeitos do estudo 30 enfermeiros das U.B.S. da área urbana de Juiz de Fora, por serem os que atuavam diretamente nas U.B.S., já que havia um enfermeiro para cada uma das 33 unidades situadas nesta área.

#### **4.2.2 Critérios de Exclusão**

Os enfermeiros que não possuíam lotação fixa em U.B.S. foram excluídos do estudo, considerando que cabia aos mesmos apenas a supervisão das unidades da área rural (postos de saúde) do referido município. Além destes foram excluídos também um enfermeiro que se recusou a participar do estudo e outros dois que estavam de licença.

#### **4.3 Instrumentação**

Utilizou-se para a obtenção dos dados um questionário abordando o perfil dos enfermeiros das U.B.S., as ações educativas desenvolvidas pelos mesmos, as estratégias que utilizavam e os fatores impeditivos, restritivos e facilitadores referentes às ações educativas descritas pelos enfermeiros sujeitos do estudo (ANEXO 1).

A observação sistematizada foi utilizada na intenção de complementação dos dados referentes à prática educativa desenvolvida pelos enfermeiros com clientes das U.B.S. de Juiz de Fora. Para tanto seguiu-se um roteiro de observação (ANEXO 2) que contemplava os seguintes aspectos: atmosfera de confiança e amizade; atenção e habilidade em ouvir; linguagem acessível ao cliente; informações às necessidades e realidades do cliente; domínio do conteúdo; valorização do saber do cliente; planejamento e a realização da ação educativa; adequação das estratégias e recursos; e estimulação da participação.

Vale ressaltar que durante a observação sistemática houve não só a coleta de dados a partir da observação propriamente dita, mas houve também complementação de informações através de relatos dos sujeitos.

#### **4.4 Coleta dos dados**

Realizou-se a coleta de dados no período de janeiro a abril de 1998 pela autora no próprio local de trabalho dos sujeitos da pesquisa, com vistas a garantir o retorno do instrumento e fazer esclarecimentos necessários e oportunizando a observação das atividades educativas desenvolvidas nas unidades foco de estudo.

Durante o preenchimento das perguntas abertas do questionário, além do registro feitos pelos sujeitos no próprio instrumento, o autor do estudo registrou no seu diário de campo informações complementares que foram utilizadas na análise dos dados.

A estratégia da observação sistematizada inicialmente tinha como objetivo a complementação de dados já obtidos pelo questionário, principalmente aqueles mais subjetivos. Entretanto, durante a observação não foi possível controlar a ansiedade dos enfermeiros e estes utilizaram este espaço para falar um pouco mais sobre a sua prática.

Assim, foram também feitos no diário de campo estas observações, as quais contribuíram para a compreensão de grupos de respostas dadas pelos sujeitos permitindo análise mais profunda.

#### **4.5 Tratamento e análise dos Dados**

Foi utilizada a Estatística Descritiva optando-se pela distribuição de frequência simples e relativa, com apresentação dos dados em tabelas, possibilitando melhor visualização dos mesmos. Os dados das observações foram apresentados juntamente com os do questionário e foram analisados à luz do referencial teórico.

## CAPÍTULO V

### APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo os dados serão apresentados e discutidos com vistas aos objetivos específicos do trabalho e está assim estruturado: 5.1 – O perfil do enfermeiro, no que se refere à educação em saúde; 5.1.1 – Características profissionais; 5.1.2 – Conhecimento sobre educação em saúde; 5.2 – Características das atividades educativas; 5.3- Estratégias e recursos de ensino; 5.4 – Fatores restritivos/impeditivos e fatores facilitadores à prática de educação em saúde.

#### **5.1 – O Perfil do Enfermeiro, no que se Refere à Educação em Saúde**

O perfil do enfermeiro, no que se refere à educação em saúde, neste trabalho diz respeito a como este profissional está preparado e capacitado para sua atuação profissional como educador e o que percebe acerca desta atuação, que idéias sustentam esta prática, o que entende por educação em saúde e sua importância.

##### **5.1.1 – Características Profissionais**

Os dados referentes ao perfil profissional estão apresentados nas TABELAS de

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DE ACORDO COM O TEMPO DE FORMAÇÃO E DE TRABALHO EM U.B.S.

TEMPO DE FORMAÇÃO (em anos)	Tempo de trabalho em U.B.S.									
	1m – 1 <sup>a</sup>		2 – 3		4 – 5		6 – 10		mais de 10	
	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1m – 1 ano	1	3,3	00	-	00	-	00	-	00	-
6 – 10 anos	1	3,3	00	-	1	3,3	2	6,6	00	-
Mais de 10 anos	6	20	3	10	1	3,3	2	6,6	13	43,3
TOTAL	8	26	3	10	2	6,6	4	13,3	13	43,3

Na TABELA 1 pode-se observar que 43% dos enfermeiros tinham mais de 10 anos de formação em Enfermagem e de atividades na U.B.S.; 26% de 1 mês a 1 ano de experiência em U.B.S. e aproximadamente 30% com 2 a 10 anos de experiência em U.B.S..

A relação tempo de serviço com o nível de preparo e desempenho do profissional não é determinante de sua boa qualificação. Um enfermeiro pode estar há anos atuando em um mesmo local e não apresentar o desempenho esperado considerando sua experiência. Por outro lado, pode estar a pouco tempo trabalhando num setor e ser tão interessado e auto motivado para o estudo e qualificação constante que supera rapidamente os seus colegas. A qualificação do enfermeiro vai depender do seu próprio interesse e intenção e, também, dos estímulos e disponibilidade existente no serviço.

Geralmente espera-se que as situações que o enfermeiro enfrenta no dia – a – dia da U.B.S. vão, ao longo dos anos, tornando-o mais bem capacitado para exercer suas funções. Da mesma forma, um enfermeiro com mais de 10 anos de trabalho em um

determinado setor ou unidade, conhece os recursos de que dispõe, assim como o pessoal da equipe de saúde e a população da área, o que contribui para a qualidade de seu desempenho. Conforme Kawamoto (1995) para que qualquer programa educativo desenvolvido na comunidade seja bem sucedido é necessário o conhecimento das necessidades da comunidade e suas características possibilitando a correta priorização de ações.

Por outro lado, os profissionais recém formados têm a facilidade de estarem com os conteúdos científicos atualizados e recentes na memória, embora não tendo a segurança que só a prática pode dar.

De qualquer forma, os profissionais mais antigos podem se manter atualizados através de cursos de reciclagem, especialização, eventos científicos e outras formas de se promover a educação continuada, ou educação em serviço.

TABELA 2 – DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DE ACORDO COM A  
TITULAÇÃO DE ESPECIALISTA

CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO REALIZADOS	f	%
Saúde Pública	8	10
Enfermagem em Saúde da Família	10	23,3
Enfermagem do Trabalho	1	3,3
Administração Hospitalar	3	3,3
Saúde Mental	2	3,3
Metodologia da Assistência de Enfermagem	1	3,3
Supervisão	1	3,3
Nenhum	10	33,3
TOTAL	30	100

\*Há sujeitos com mais de uma especialização

Quanto a realização de cursos de especialização, a TABELA 2 nos mostra que 66% dos enfermeiros tinham especialização e 33% não possuíam nenhuma especialização. Do total 36% realizou especialização em cursos na área de Saúde Pública e 12% em outras áreas.

O fato de se buscar uma especialização pode demonstrar o interesse que o profissional manifesta em qualificar-se, tornando sua prática cada vez mais eficaz e ativa. Certamente que, para que o conhecimento e as experiências vividas num curso de especialização possam se refletir na prática, tal curso deve ser voltado para a área em que trabalha. No caso dos sujeitos deste estudo, 40% realizaram cursos pertinentes à



área em que atuavam, quais sejam: especialização em Saúde Pública, em Enfermagem em Saúde da Família, Metodologia da Assistência, em Enfermagem do Trabalho, entendendo este último como um curso da Saúde Pública.

Em linhas gerais, a formação em Saúde Pública orientará a ação do enfermeiro para a assistência primária, com aspectos relacionados ao indivíduo, no seu contexto familiar e comunitário.

Assim pode-se supor que profissionais com a formação em Saúde Pública vão encontrar mais facilidades para orientar uma programação, execução e avaliação de um trabalho voltado para a prevenção, bem como identificar situações que merecem ser trabalhadas através da educação em saúde.

**TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DE ACORDO COM A TITULAÇÃO NA ÁREA DE EDUCAÇÃO / EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

CURSOS REALIZADOS	F	%
Licenciatura plena em Enfermagem	10	33,3
Capacitação pedagógica <sup>9</sup>	2	6,6
Licenciatura plena e Capacitação pedagógica	1	3,3
Nenhum	17	56,6
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Na TABELA 3 observa-se que 56% dos enfermeiros não tinham formação voltada para a área de ensino, 33% fizeram a licenciatura plena, 6% capacitação pedagógica oferecida pela S.M.S..

<sup>9</sup> Curso sobre Teorias da Aprendizagem e Metodologia de Ensino oferecido pela S.M.S. há alguns anos.

Como se sabe, ser um enfermeiro é ser um educador (DILLY e JESUS, 1995). Assim, como educar é papel fundamental e inseparável do enfermeiro, este recebe elementos para embasar sua prática educativa, seja em disciplinas específicas como Didática da Enfermagem, ou com conteúdos de ensino em várias outras disciplinas, ainda em sua formação acadêmica durante a graduação.

Sobretudo para o enfermeiro de Saúde Pública, que a todo momento, se quiser realmente desenvolver uma prática preventiva, estará realizando atividades educativas em grupos, com a comunidade e com o indivíduo, o papel de educador estará fortemente enraizado no seu exercício profissional. Portanto, precisa estar adequadamente embasado no conhecimento construído sobre tal processo.

Do mesmo modo que o enfermeiro deve estar constantemente atualizando-se em conteúdos específicos de enfermagem, cabe a este profissional estar preparado para utilizar conhecimento de áreas afins que se façam necessárias. Um exemplo é a pedagogia, que é suporte fundamental no desenvolvimento das ações educativas, quando poder-se-á a partir dos seus princípios dar conta das questões que envolvem todas as atividades.

Neste sentido a atualização deste profissional na área pedagógica vem corroborar com a prática assistencial, permitindo que este aplique os conhecimentos no seu cotidiano.

Entende-se que a formação em Educação vai propiciar ao enfermeiro conhecimentos acerca das questões pedagógicas pertinentes ao processo de ensino-aprendizagem, tais como fundamentos sobre a aprendizagem, no âmbito das teorias que discutem; métodos e técnicas de ensino; recursos a serem utilizados; avaliação da aprendizagem e planejamento de ensino. Este saber representa uma enorme

possibilidade de aplicação na prática do enfermeiro facilitando e propiciando a pertinência da seleção dos conteúdos e metodologia de ensino, considerando as especificidades e limitações das estratégias programadas.

À luz dos resultados obtidos no presente estudo sobre a formação do enfermeiro na área de educação, pode-se inferir que 44% dos profissionais de enfermagem que atuavam nas unidades de saúde percebiam a necessidade deste conhecimento e realmente devem estar mais bem preparados que os demais para a função ensinar. Contudo faz-se necessário ainda um maior incentivo para que se tenha uma totalidade dos enfermeiros com esta formação.

### **5.1.2 – Conhecimento sobre Educação em Saúde**

Os dados referentes ao conhecimento do enfermeiro sobre educação em Saúde estão apresentados nas TABELAS de 4 a 7.

TABELA 4 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ACORDO COM O QUE OS  
SUJEITOS ENTENDIAM POR EDUCAÇÃO EM SAÚDE

DEFINIÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	F	%
Informar para a prevenção de doenças e de agravos à saúde	24	72
Informação de caráter preventivo conforme a necessidade da comunidade	01	3,3
Troca de experiência feita em grupo tendo um orientador que direciona e esclarece	01	3,3
Atividade contínua para ensinamentos e qualificação das atividades na U.B.S.	01	3,3
Facilitar o processo de conhecimento e informação sobre tudo que envolva a saúde do indivíduo, da família e da comunidade	01	3,3
Orientar sobre promoção de doenças e promoção da saúde, permitindo a troca de conhecimentos e a mudança do estilo de vida	01	3,3
Ocorre em todo o encontro do enfermeiro com o cliente	01	3,3
TOTAL	30	100

\*Nesta tabela foi mantida a linguagem dos sujeitos

A TABELA 4 mostra que 72% dos sujeitos do estudo entendiam por educação em saúde informar para a prevenção de doenças e de agravos à saúde; 3% destacaram como prevenção a troca de conhecimentos e mudança do estilo de vida; outros 3% como informação de caráter preventivo conforme necessidade da clientela e mais 3% conceituaram educação em saúde como processo educativo extensivo à cliente, família e comunidade.

Os sujeitos do estudo associaram educação em saúde à transmissão de informações, à promoção da saúde e prevenção de doenças, à prática individual e coletiva, de forma que nenhum ponto de vista se opõe ao outro ou, tampouco, ao conceito de educação em saúde utilizado como referência no estudo, uma vez que adotou-se, neste estudo, a visão da educação em saúde como centrada no educando (indivíduo ou coletividade), na tentativa de auxiliá-lo ou sensibilizá-lo para formar a consciência crítica a respeito do processo saúde – doença e estimulá-lo a ter uma postura ativa na busca de melhores condições de saúde, instrumentalizando-o, para tanto, através da compreensão dos determinantes sociais e políticos deste processo, da informação sobre saúde (na prevenção de doenças, no planejamento familiar, sobre crescimento e desenvolvimento, e outros) e, até mesmo, da capacitação para uma atuação coletiva organizada frente às dificuldades sociais, como é o trabalho de assessoria que o enfermeiro pode desenvolver junto aos Conselhos Locais de Saúde ligados à UBS em que atuam.

De fato são considerações mais pontuais que se prendem mais a determinados aspectos, mas que num todo se complementam. Portanto, os sujeitos têm uma visão coerente sobre educação em saúde, mas que carece de complementação.

A compreensão ainda limitada sobre educação em saúde apresentada pelos sujeitos pode ou não estar trazendo prejuízos na programação das atividades destes enfermeiros, o que poderá ser melhor analisado posteriormente frente a outros dados obtidos no estudo.

Assim, pode-se dizer que entendendo a educação em saúde de uma forma mais ampla, este grupo de enfermeiros poderá contemplar mais integralmente os objetivos da educação em saúde em suas propostas de trabalho.

TABELA 5 – DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS CONFORME SUA  
OPINIÃO SOBRE A PRÁTICA EDUCATIVA DO ENFERMEIRO

OPINIÃO	F	%
Muito relevante	28	93,3%
Relevante	2	6,6%
TOTAL	30	100%

A partir da TABELA 5, observa-se que 93% dos enfermeiros consideravam muito relevante a prática educativa pelo enfermeiro, 6% relevante. Não foram registradas pelos sujeitos a opção pouco relevante e sem relevância.

Ao elegerem opções que qualificam a prática educativa como relevante ou muito relevante, os enfermeiros demonstraram a compreensão da importância da dita prática; opinião que poderá converter-se em uma atuação profissional muito preocupada e voltada às questões educativas.

Com vistas aos resultados encontrados na TABELA 5 pode-se inferir que o profissional que entende ser relevante a realização das ações educativas, aproveitará todas as oportunidades existente numa U.B.S. para exercer seu papel de educador junto à clientela, tanto em ações formais, quanto informais de ensino.

O profissional que enxerga a dimensão da importância da prática educativa, além do compromisso de exercê-la, irá ser um propagador desta idéia junto aos demais profissionais da equipe de saúde, podendo, com isso, ter uma maior participação de toda a equipe nestas atividades, já que o enfermeiro não é o único educador presente em uma unidade de saúde e nem, tampouco, é o responsável pela prática educativa, senão que,

conforme Dilly e Jesus (1995), é o mais capacitado para desenvolvê-la, pela sua formação acadêmica.

Além disso, quando o enfermeiro percebe a relevância da educação em saúde terá um cuidado maior para planejar aquelas atividades mais formais de ensino, tais como grupos e cursos para a comunidade, selecionando com mais atenção os conteúdos a serem abordados e a metodologia e recursos coerentes com eles.

Entende-se também que esta inferência poderá ser confirmada posteriormente na análise dos demais resultados.

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ACORDO COM O  
CONHECIMENTO SOBRE AS MODALIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

CLASSIFICAÇÃO	f	%
Com grupos	01	3,3
Com a família e com grupos	01	3,3
Com a comunidade	02	6,6
Individual, com a família e com grupos	02	6,6
Individual, com grupos e com a comunidade	02	6,6
Individual, com a família, com a comunidade e com grupos	18	60
Individual, com a família, com a comunidade, com grupos e em escolas	02	6,6
Individual, com a família, com a comunidade, com grupos, em escolas e com entidades populares	02	6,6
TOTAL	30	100

Os dados da TABELA 6 permitem verificar que 60% dos sujeitos do estudo entendiam a educação em saúde como prática a ser desenvolvida tanto com o cliente, a família, grupos e com a comunidade; 12% acrescentaram aos grupos, cliente, família e comunidade, as escolas e entidades populares como nível de aplicação; 12% mencionaram a educação em saúde como prática para grupos ou família e grupos ou com a comunidade.

A prática educativa pode ser realizada com o indivíduo, a família, a comunidade (ações que envolvem um maior número de pessoas, como, por exemplo,



campanhas educativas utilizando meios de comunicação de massa) e com grupos, o que caracteriza a amplitude da prática de educação em saúde.

Na U.B.S. o enfermeiro que está atento para a função educativa se depara a todo momento com oportunidades de exercer tal função. Conforme a ocasião e necessidades da clientela o profissional organiza seu tempo e planeja atividade educativas com o indivíduo e com a família, organiza grupos, vai à comunidade, dá palestras e cursos em escolas, se reúne com entidades de classe, entre outras. Não há aqui uma hierarquia ou ordem de importância, há sim a necessidade de que a educação em saúde se expanda em todas estas direções, pois são complementares.

A prática educativa em grupos, assim como individual e com a comunidade, tem suas vantagens e desvantagens. Dentre as vantagens pode-se destacar o estímulo à socialização dos participantes; o enriquecimento da troca de experiências; o favorecimento da criatividade e o provável aumento da motivação, mediante a estimulação intensa decorrente da situação interativa; a promoção da solidariedade e entendimento recíproco; a libertação de preconceitos e estereótipos, pelo confronto de diferentes idéias e maneiras de entender os fatos; melhor aceitação dos conteúdos, quando se constata que estes refletem a realidade da maioria dos participantes e, também, o aproveitamento do tempo do enfermeiro, que pode evitar de tratar de um mesmo assunto inúmeras vezes.

Dentre as desvantagens de se atuar com grupos, Dilly e Jesus (1995) dizem que alguns elementos podem se sentir avaliados e para se protegerem afastam-se do grupo.

Carvalho (1974) afirma que é necessário se considerar as diferenças de aprendizagem dos indivíduos. Há aqueles que aprendem mais rapidamente que a maioria e outros que já são mais lentos; aquele menos dotado pode sentir-se

inferiorizado no grupo, enquanto o mais rápido pode julgar-se em posição privilegiada. Situação em que o discernimento do enfermeiro deverá dizer-lhe como atuar, tentando criar no grupo um sentimento de união e cooperação mútua. Outra desvantagem inerente ao trabalho com grupos é a impossibilidade de se abordar questões pessoais mais delicadas que peçam privacidade, o que na verdade não dificultaria o trabalho, mas poderia gerar a necessidade de se marcar um encontro individual posterior.

Em relação à prática educativa com o indivíduo, que ocorre por interação direta enfermeiro/cliente, pode-se citar dentre as suas vantagens a possibilidade de maior privacidade e, talvez, uma abertura maior do cliente em relatar seus problemas e dúvidas; a maior facilidade que o enfermeiro tem, gerado pelo contato mais direto, de conhecer melhor o cliente e de, portanto, agir com mais eficácia no que este realmente precisa. As desvantagens dizem respeito a maior dedicação de tempo por parte do enfermeiro para que possa atender a todos os clientes e o não favorecimento de uma troca maior e das demais vantagens que um grupo pode oferecer.

A prática educativa com a comunidade, que envolve campanhas utilizando ou não meios de comunicação de massa, as participações do enfermeiro em assembléias da comunidade envolvendo o Conselho Local de Saúde, tem a vantagem de abarcar um número maior de pessoas de uma só vez. As desvantagens são em relação ao distante contato e talvez pouco prolongado e transitório entre enfermeiro e comunidade, mas são inerentes a esta atividade e não a desmerece de forma alguma, quando há a possibilidade de complementação pelas outras modalidades de atuação.

Werner (1977) já mencionava que somente quando todas as pessoas somarem parte no cuidado de sua própria saúde e da saúde da comunidade, é que ocorrerão

mudanças importantes. Com base neste pensamento pode-se afirmar a relevância do trabalho educativo do enfermeiro junto à comunidade.

No que tange às ações educativas em família é tanto uma prática individual como em grupo. Quando o enfermeiro vai à casa de seus clientes tem a possibilidade de fazer orientações em grupo ou individuais, conforme a necessidade.

Nesta modalidade de desenvolver as ações de educação em saúde o enfermeiro pode lançar mão da visita domiciliar que não só propiciará condições de orientar a família como um todo como também um atendimento individual, podendo se estender até mesmo para determinados grupos da comunidade.

Em outro momento, os resultados mostraram 12% dos sujeitos do estudo mencionando o trabalho educativo nas escolas. Aqui destaca-se a relevância desta modalidade. A escola é um local rico para discutir questões sobre cuidados com a saúde. Existe neste espaço a disponibilidade que a criança já tem em aprender, por outro lado o perfil da clientela se mostra normalmente de forma diferente daquele que é atendido na unidade de saúde; são desinibidos, prontos a questionar e receptivos ao aprendizado. O enfermeiro que atua em Saúde Pública deve explorar este cenário, considerando a afirmativa de Werner (1977) mencionada anteriormente.

TABELA 7 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ACORDO COM A OPINIÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO ATIVA DO CLIENTE NO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

OPINIÃO DOS SUJEITOS	F	%
A participação é fundamental	29	96,6%
A participação é necessária, mas não fundamental	01	3,3%
TOTAL	30	100%

Quanto a participação ativa do cliente no processo ensino – aprendizagem, apresentado na TABELA 7, 96% dos enfermeiros acreditavam ser fundamental essa participação e 3% a viam como necessária, mas não fundamental.

No que se refere à importância da participação ativa do cliente no processo ensino-aprendizagem, Andrade e Coelho(1997, p 58) dizem: *“é fato reconhecido que parte do insucesso alcançado pelas campanhas educativas e treinamentos tradicionais ocorre porque parte-se do princípio de que o receptor da mensagem é aquele que nada sabe sobre o tema em questão”*. No que a autora do presente estudo concorda plenamente, pois agindo em conformidade com tal princípio, o educador restringe o educando a uma atitude passiva ante ao processo de ensino aprendizagem. E, como se sabe, os conteúdos a serem abordados nas atividades educativas de uma unidade de saúde são, ou pelo menos deveriam ser, essencialmente práticos, voltados para a compreensão dos fenômenos que envolvem a saúde e com aplicação direta na vida dos educandos. Sendo assim, como restringir o cliente (educando) a uma postura passiva? De que forma um homem passivo pode exercer um efetivo controle sobre as questões que permeiam o processo saúde – doença e afetam a sua própria vida?

Neste sentido, interrogar o cliente sobre o que deseja saber sobre sua saúde, exames e procedimentos, estimulando sua participação, é de vital importância para a motivação do cliente relativa à aprendizagem. (DILLY e JESUS, 1995)

## **5.2 - Características das Atividades Educativas**

Da TABELA 8 à 10 serão apresentadas e discutidas as atividades educativas que os enfermeiros desenvolviam junto à comunidade.

**TABELA 8 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ACORDO COM O LEVANTAMENTO DAS CARACTERÍSTICAS E NECESSIDADES DA POPULAÇÃO NAS U.B.S.**

LEVANTAMENTO DAS CARACTERÍSTICAS E NECESSIDADES DA POPULAÇÃO	NÃO		SIM	
			F	%
	f	%		
Sem levantamento	16	53	-	-
Levantamento sobre nº de habitantes e áreas de risco	-	-	3	10
Dados de nascidos vivos, mortalidade materna e mulheres em Idade fértil	-	-	4	13,3
Dados sobre hipertensos	-	-	1	3,3
Relatório de Territorialização	-	-	3	10
Relatório de Territorialização e os dados da S.M.S.	-	-	3	10
TOTAL	16	53	14	47

A TABELA 8 mostra que 53% dos sujeitos relataram que não tinham levantamento das necessidades da população; 23% que possuíam o levantamento

fornecido pelo serviço de epidemiologia da S.M.S., referente ao número de nascidos vivos, ao coeficiente de mortalidade materna e de mulheres em idade fértil; 20% que possuíam dados do relatório de territorialização.

Vale ressaltar que durante a observação obteve-se ainda que há 3 anos ou mais foi realizada a territorialização de cada UBS, onde levantou-se a área de abrangência e influência de cada U.B.S, identificando em cada território as áreas consideradas de risco, o contingente populacional, os recursos de saúde, comerciais e sociais, a incidência e prevalência de doenças notificadas e as taxas de mortalidade por grupo específico da população. Ao final deste levantamento foi redigido um relatório por escrito conhecido como relatório de territorialização.

Conhecendo-se a realidade do cenário foco de estudo e sabendo-se que os dados sobre a comunidade existiam, as respostas dadas pelos enfermeiros colocando o não acesso à informações sobre a comunidade nos leva a questionar: estarão estes enfermeiros esclarecidos sobre a natureza dos dados? De que forma estes dados estão à disposição dos profissionais? Como os profissionais vêem a utilização dos dados para realizar seu planejamento de ações junto à comunidade como um todo?

Um ponto importante a se considerar é o grande número de enfermeiros recém-contratados atuando nas unidades de saúde da rede básica, os quais não vivenciaram o momento da territorialização. Isso pode significar que desconheciam o relatório dos dados pesquisados naquela ocasião, embora ele existia em cada unidade que já estava em funcionamento na época em que ocorreu a territorialização.

Por outro lado, pode-se ainda refletir sobre a atualização dos dados a serem utilizados como referência para o planejamento das ações dos profissionais nas U.B.S.. Tem-se hoje a ocorrência de determinados agravos à saúde que se mostram de forma

insidiosa e às vezes não previsíveis em determinados grupos populacionais, entre outros eventos epidemiológicos que precisam ser considerados e atualizados, modificando o perfil das necessidades da comunidade, levando conseqüentemente os profissionais a se reorganizarem com relação às propostas de trabalho para irem ao encontro das necessidades da clientela em observância de um dos princípios de trabalho com comunidades.

Neste sentido Andrade e Coelho (1997), afirmam que o conhecimento da população alvo é essencial para o planejamento e desenvolvimento de práticas educativas, permitindo que os indivíduos possam, se identificar como parte da realidade que se quer transformar, como sujeitos que constróem suas vidas.

**TABELA 9 – DISTRIBUIÇÃO DAS MODALIDADES DE ATIVIDADES EDUCATIVAS REALIZADAS PELOS ENFERMEIROS NAS U.B.S.**

ATIVIDADES EDUCATIVAS	f	%
Orientação somente individual	5	16,6
Em grupos	5	16,6
Orientação individual e atividades em grupo	11	36
Orientação individual, em grupos e com a comunidade	9	30
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

Conforme a TABELA 9, 30% dos enfermeiros desenvolviam atividades educativas com o cliente, com grupos e com a comunidade; 36% com grupos e com o cliente; 16% só atuavam com grupos e 16% somente trabalhavam com os clientes.

Alguns sujeitos do estudo citaram como motivos para que trabalhassem apenas com atividades individuais o problema dos médicos de família que faziam questão de assumir os grupos sozinhos, pois eram cobrados nessa atividade específica e precisavam acrescentá-la em sua produtividade, preferindo trabalhar apenas entre eles mesmos (assunto que será retomado adiante neste trabalho); outro dos motivos citados seria o fato do enfermeiro não estar motivado para tanto e, ao que parecia, também não se sentia capaz de criar situações de ensino em grupos e, como ninguém tomava a iniciativa, na unidade não havia este tipo de atividade.

As respostas aqui encontradas vão ao encontro das apresentadas sobre a relevância da prática educativa pelos enfermeiros (TABELA 5) e as modalidades de como desenvolvê-las (TABELA 6), tendo os sujeitos mostrado conhecer as diversas possibilidades de desenvolver as ações educativas e estavam de certa forma colocando-as em prática.

Contudo, frente a existência de ter-se ainda alguns enfermeiros atuando somente de forma individual alegando a impossibilidade da prática com grupos devido postura de profissional médico, surge a necessidade emergente de discussões acerca do trabalho em equipe, suas possibilidades e complementaridade em todos os sentidos.

Vale destacar aqui o estudo de Corbishley (1998), que enfocou o trabalho de enfermagem em UBS e sua articulação com o trabalho global em saúde coletiva, mediados pela proposta de organização de serviços preconizada pelo SUS, tendo sido realizado em Juiz de Fora.



TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS PELOS ENFERMEIROS

ATIVIDADE EDUCATIVA	MODALIDADE																																						
	INDIVIDUAL												GRUPO												COMUNIDADE														
	FREQÜÊNCIA																																						
	D	F	%	S	F	%	M	F	%	O	F	%	S	F	%	M	F	%	O	F	%	S	F	%	M	F	%	O	F	%	TOTAL								
F		%																																					
Com gestantes	1	3,3	1	3,3	6	20	4	13	1	3,3																				13	43								
Hipertensos	1	3,3	1	3,3	3	10	6	20																						11	36								
Puericultura	3	10	1	3,3	9	30	2	6,6																						15	50								
Adolescente							1	3,3	1	3,3																				2	6,6								
Desnutrido (SAD)	2	6,6			5	16	10	33																						17	56								
Reuniões com o Conselho Local de Saúde																														6	30								
Assembleias																													1	3,3	1	3,3							
Planejamento familiar (direitos reprodutivos)					3	10	7	23	1	3,3																				11	36								
Palestras na U.B.S. (saúde bucal e DST)					1	3,3	1	3,3																						2	6,6	4	13						
Palestras em escolas																														2	6,6	2	6,6						
Obesos (controle do peso)							2	6,6																						2	6,6	2	6,6						
Climatério																													1	3,3	1	3,3							
Diabético							1	3,3	1	3,3	2	6,6																		4	13	4	13						
Atendimento	13	43	2	6,6	1	3,3	1	3,3																						17	56	17	56						
Sala de espera																														1	3,3	2	6,6	1	3,3	3	10	7	23

Legenda: D – diária, S – semanal, M – mensal, O – outras.

\*Os sujeitos destacaram as atividades em mais de uma modalidade.

\*Atendimento significa rápidas orientações aos clientes, as quais os sujeitos não consideraram como consulta de enfermagem.

Na TABELA 10 utilizou-se para apresentação das atividades educativas desenvolvidas o mesmo referencial usado pelos sujeitos, os quais as definiram tendo como referência os grupos humanos trabalhados.

Foram mantidas as atividades de reuniões com o Conselho Local de Saúde e as Assembléias considerando o relato dos sujeitos, o qual mostrou serem por eles compreendidas como atividades educativas que visam a formação de consciência social e de cidadania.

Portanto, a TABELA 10 mostra que 56% dos enfermeiros executavam atividades educativas relativas ao Serviço de Atenção ao Desnutrido; 56% realizavam consulta de enfermagem; 50% faziam atividades educativas em puericultura; 43% com gestantes; 36% com adolescentes e o mesmo percentual com hipertensos.

Cabe ressaltar que a observação sistematizada permitiu a autora do estudo identificar situações nas quais o enfermeiro mencionava desenvolver certas atividades, mas na prática as mesmas estavam suspensas. Os sujeitos justificaram este acontecimento pela deficiência de recursos materiais (cadeiras e outros móveis), também pela realidade que viviam de serem contratados e estarem com o término do contrato próximo, embora indeterminado o prazo correto, ou, ainda a situação em que não eram aceitos ou convidados por outros profissionais a fazerem parte das ações educativas. Houve, ainda, a menção de que nos meses de férias de fim de ano (período em que os dados foram coletados) ocorreria a “ausência” de clientela na unidade e consequente impossibilidade de realização de atividades educativas.

Os relatos merecem uma reflexão mais aprofundada, considerando que o fazer do profissional não deveria estar vinculado à sua permanência temporária ou não no setor. Isto porque as características das atividades educativas e suas repercussões têm

um fim em si mesmas. A implicação seria a continuidade da atividade ou não após sua rescisão de contrato, mas considerando as condições de saúde em que se encontra a população, a carência de recursos humanos nos serviços, entende-se de suma importância o aproveitamento do pessoal que se dispõe, mesmo que por um período limitado, no desenvolvimento do trabalho educativo junto à comunidade.

Ainda à luz dos dados acima referidos, sabe-se que o fluxo da demanda aos serviços de saúde pode oscilar devido a carência de recursos financeiros por parte da comunidade, impossibilitando sua ida ao serviço, ou pela intempérie, dentre outros fatores dificultadores mas não suficientes para determinar a ausência da clientela e a conseqüente impossibilidade de se desenvolver ações educativas.

Estas argumentações só reforçam os dados da TABELA 4, a qual mostrou haver uma limitação do conhecimento da abrangência da educação em saúde e seu desenvolvimento.

Houve outros relatos de motivos pelos quais os sujeitos não estavam atuando em determinados programas. Por exemplo, um enfermeiro disse que não desenvolvia atividades de puericultura, embora as mesmas acontecessem na U.B.S. em que era lotado, pois gosta menos desta área, preferindo assumir atividades de Saúde da Mulher, deixando a puericultura a cargo da pediatra. Outro disse que participava “quando dava”, pois era muito atarefado com a função de gerente da unidade, o que fazia com que a assistente social coordenasse sozinha grupos como o de climatério.

O que foi relatado acima ocorre em unidades onde há o Programa de Saúde da Família – PSF –, sendo que nas outras unidades seria mais difícil a participação de outros profissionais além do enfermeiro em atividades educativas, havendo em alguns

casos a participação da assistente social. Assim, se o enfermeiro não faz, muitas das vezes a atividade não se concretiza.

Nas unidades básicas de saúde onde há o PSF é mais comum que os profissionais se reúnam e decidam quem vai coordenar cada grupo educativo, tornando-se responsável por ele. O que não implica em seu desligamento de outros grupos, mas espera-se que participe das reuniões e dê suas contribuições, garantindo uma visão mais ampla na abordagem das questões de saúde. Assim, é comum que a assistente social fique responsável mais pelas questões sociais referentes à saúde como nas reuniões com o Conselho Local de Saúde, mas se pode ver também o assistente social coordenando grupos como o de climatério.

A autora do estudo pôde observar a reunião de um grupo de climatério coordenado por uma assistente social, onde a enfermeira apenas assistiu. E foi uma reunião muito bem conduzida, com embasamento teórico, dinâmica, participativa e com clareza de idéias. No entanto fica a reflexão sobre o desvio de funções nestes casos, pois o assistente social não tem formação voltada para essa área e para atingir seu objetivo de desenvolver bem o trabalho teve que passar por um treinamento específico. Já o enfermeiro foi preparado para isso na graduação, cabendo apenas periodicamente uma atualização. Portanto, porque não aproveitar nestes caso o profissional que já tem a formação específica? Parece que aqui há um desvio de funções profissionais, ou, no mínimo, um desvio de um profissional de sua função natural.

Outro aspecto é a função de gerente que tem sido citada pelos enfermeiros como um dos motivos causadores de sobrecarga e conseqüente escassez de tempo para dedicar-se à prática educativa. Na atualidade, esta função gerencial é assumida por qualquer profissional da U.B.S. que manifeste o interesse e passe em uma prova

específica. Assim, em algumas U.B.S. o gerente é o enfermeiro, noutras o assistente social, ou o médico (menos comum), ou até mesmo um técnico de enfermagem, conforme mostram dados da pesquisa de Corbishley (1998).

Refletindo um pouco mais sobre a questão acima referida, percebe-se que o enfermeiro precisa estar bastante atento às suas possibilidades de trabalho e traçar prioridades, discutindo com as chefias imediatas estratégias para que possam acontecer as atividades essenciais e necessárias junto ao cliente, família e comunidade.

Entende-se também a importância e necessidade de ter-se um bom gerenciamento da unidade, inclusive para que possa tornar-se possível desenvolver todas as atividades a que se propõe um serviço de saúde, por isso é preciso rever como acontece a organização gerencial destes, evitando comprometimentos outros e das propostas de trabalho.

Segundo Corbishley (1998) há dois tipos de profissionais nas unidades de saúde que auxiliam muito na sua organização administrativa, que são o agente administrativo e o guarda-mirim, responsáveis por diversas tarefas burocráticas como pedido de material ao almoxarifado e tarefas organizativas como atender telefone e marcar consultas por telefone, diminuindo a dedicação do enfermeiro em relação a esse tipo de trabalho. No entanto, atualmente não se contrata mais na SMS –JF o agente administrativo, adotando-se o sistema de gerentes já descrito. O guarda-mirim continua sendo contratado.

Os dados da TABELA 10 permitiram ainda identificar que alguns grupos humanos com programas definidos pelo Ministério da Saúde não eram trabalhados pelos enfermeiros das U.B.S. foco de estudo, como, por exemplo, o caso do idoso e dos trabalhadores.

A preocupação da autora do estudo com a ausência de atividades com a terceira idade fundamenta-se ao se considerar o envelhecimento progressivo e acentuado da população do país, já que a população de idosos, segundo as projeções estatísticas da OMS crescerá 16 vezes contra 5 vezes de crescimento da população total entre 1950 e 2025, atingindo uma proporção de 15% da população em 2025, o que colocaria o país com a sexta população de idosos no mundo, com mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. (BRASIL, 1997)

Uma proporção de 15% de idosos na população total representa a atual proporção existente em países europeus, nos quais houve uma transição de estrutura populacional mais lenta (BRASIL, 1997). Para um país de grande desigualdade econômica como o Brasil que, apesar de estar entre as primeiras economias do mundo ainda apresenta indicadores sociais equiparados aos da sociedade afro-asiática, o acentuado envelhecimento da população poderá gerar uma série de problemas sociais relacionados ao idoso, tendo-se em vista que haverá queda da população economicamente ativa e aumento no número de pensionistas (aposentados), que o idoso tem a saúde comprometida mais facilmente e mais ainda por ter menor poder aquisitivo, demandando maior atenção dos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde determina que, em consonância com a Lei 8.842/94 e a Lei Orgânica da Saúde, buscará garantir a Atenção Integral à Saúde do Idoso, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos diversos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS, planejando, para tanto, ações de prevenção e recuperação de incapacidade, priorizando o auto-cuidado, o cuidado informal e estimulando a formação

de grupos de auto - ajuda , além de medida profilática contra doenças transmissíveis (BRASIL, 1997).

Dessa forma, torna-se óbvia a necessidade da atuação preventiva com os idosos por parte das UBS e que o enfermeiro entenda e assuma este compromisso com a saúde dos idosos.

No que tange ao trabalhador, a assistência prestada nas U.B.S. não deve se distanciar da relação trabalho e saúde, onde esta última pode estar afetada pelo trabalho, ou seja, o trabalhador ser portador de uma doença ocupacional, a qual pode ser agravada ou ainda ter determinada doença que pode vir a comprometer não só a saúde de outros trabalhadores como de certos grupos populacionais.

Assim, fica caracterizada a relevância da necessidade do enfermeiro estar atento ao lidar com tais situações e que seja enfatizada a necessidade deste profissional trazer, sempre que pertinente, a questão do trabalhador para o contexto das ações educativas desenvolvidas por ele.

### **5.3 Estratégias e Recursos de Ensino**

Na TABELA 11 e 12 serão apresentados e discutidos os dados referentes às estratégias e recursos de ensino utilizados pelos sujeitos e sua adequação.

Como dito anteriormente neste estudo em seu referencial teórico, as estratégias e recursos de ensino devem ser buscadas como instrumento auxiliar ao processo educativo em saúde, pois o principal instrumento é o educador, sua postura e tipo de relação que desenvolve com o cliente, principalmente por ser esta uma atividade desenvolvida em Unidade Básica de Saúde, onde as possibilidades de ações educativas

surgem a todo instante, devendo o enfermeiro saber aproveitá-las e adequar a metodologia de ensino rapidamente.

TABELA 11 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ACORDO COM AS ESTRATÉGIAS UTILIZADAS NAS ATIVIDADES EDUCATIVAS E SUA ADEQUAÇÃO

TIPO DE ESTRATÉGIA	ADEQUAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS							
	TOTALMENTE ADEQUADAS		PARCIALMENTE ADEQUADAS		SEM RESPOSTA		TOTAL	
	F	%	F	%	f	%	F	%
Discussão circular			3	10			3	10
Tempestade cerebral			3	10			3	10
Palestra	4	13	6	20			10	33
Exposição oral	8	26	16	53	1	3,3	25	83
Discussão em pequenos grupos			5	16				16
Outros (TV e vídeo)	2	6,6	1	3,3			3	10
Outros (dinâmicas, demonstração)			4	13			4	13

Segundo a TABELA 11, 83% dos enfermeiros utilizavam a exposição oral como estratégia de ensino, sendo que 53% percebiam a sua utilização como parcialmente adequada e 26% como totalmente adequada; 30% dos enfermeiros utilizavam palestras em sua atividade educativa e destes 20% achavam o seu uso parcialmente adequado, enquanto 13% entendiam que a usavam de forma totalmente adequada.



É natural e esperado que a exposição oral seja a estratégia de ensino mais utilizada na educação em saúde, pelas suas próprias características de facilidade e praticidade para a transmissão de informações. Contudo, na observação sistematizada realizada pela autora do estudo, pode-se observar enfermeiros que discorriam sobre como fazer uma mamadeira ao invés de demonstrar ou, então, falavam por 40 minutos sem utilizar qualquer recurso, a não ser algum cartaz com muita informação e desenhos pequenos, e sem estimular a participação dos clientes. O que mostra casos de uso inadequado e abusivo da exposição oral, pois a utilizavam em momentos que outras estratégias seriam as mais indicadas.

Se o meio – termo , ou justo – meio, é sempre a decisão mais coerente, como dizia Aristóteles, então o enfermeiro precisa aprender a não cair nem no excesso e nem na carência em relação ao uso da exposição oral no cotidiano de sua prática educativa.

Para tanto faz-se necessário o planejamento da atividade educativa baseado nas características da clientela, nas possibilidades do momento e na adequação do conteúdo, reservando-se um tempo para o preparo de materiais, dinâmica e conteúdo das reuniões educativas. E, além disso, o enfermeiro deve estar embasado no conhecimento didático-pedagógico e usar sua criatividade para lidar com as diferentes situações da prática e a carência de recursos humanos e materiais.

Um outro ponto observado constantemente foi a ocorrência de interrupções durante a prática educativa, por outros funcionários, como auxiliares, que reclamavam a presença do enfermeiro para resolver questões diversas.

Este fato leva a clientela a desconcentrar-se, podendo ficar pouco motivada para retomar as questões discutidas. Cabe, portanto, ao enfermeiro o máximo de

cuidado para que isso não ocorra, vindo trazer prejuízos para o seu trabalho e consequentemente para a clientela.

TABELA 12 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ACORDO COM OS RECURSOS DE ENSINO UTILIZADOS E SUA ADEQUAÇÃO

TIPO DE RECURSOS	ADEQUAÇÃO DOS RECURSOS							
	TOTALMENTE		PARCIALMENTE		INSUFICIENTES		TOTAL	
	ADEQUADOS		ADEQUADOS					
	F	%	f	%	F	%	F	%
Quadro de giz e giz	4	13	8	26	2	6,6	14	46
Cartazes	5	16	15	50	2	6,6	22	73
Folhetos	5	16	14	42	2	6,6	21	63
Slides	1	3,3	2	6,6			3	10
Retroprojektor			1	3,3			1	3,3
Material demonstrativo (DIU, etc)	16	48	10	33	2	6,6	18	54
Outros (TV e vídeo)	2	6,6	3	10	1	3,3	5	16
Nenhum			1	3,3			2	6,6

\* Nesta questão os sujeitos apontaram o uso de mais de um recurso.

Segundo a TABELA 12, 73% dos enfermeiros utilizavam cartazes, sendo que 50% percebiam seu uso como parcialmente adequado e 16% como totalmente adequado; 63% utilizavam também folhetos, sendo que 42% entendiam sua utilização como parcialmente adequada e 16% como totalmente adequada; 54% usavam material demonstrativo e 48% achavam o seu uso totalmente adequado.

Os cartazes já têm uma tradição de uso em Saúde Pública, vindo alguns prontos do Ministério da Saúde, relacionados aos programas ou campanhas realizadas e, da mesma forma, os folhetos. É muito comum que o próprio enfermeiro faça também os seus próprios cartazes quando sente a necessidade de usá-los.

Na observação sistematizada realizada pela autora do estudo, pode-se observar que em alguns casos os cartazes confeccionados na própria unidade não obedeciam a regras simples enfocadas na revisão de literatura, tais como: tamanho da letra e das gravuras, que eram pequenas e preenchiam muito os cartazes, tornando-os muito densos e pouco práticos.

Quanto ao uso do quadro de giz e giz, ressalta-se que 46% é um número pequeno de enfermeiros utilizando este recurso, pois é um instrumento muito útil e valioso para uma exposição oral (a técnica que, como visto na TABELA 11, é a mais utilizada), se forem abrangidas suas possibilidades de utilização tal como dito no referencial teórico. A autora do estudo observou que nem todas as U.B.S. possuem este recurso, colaborando para o seu relativamente baixo percentual de aproveitamento, porém acredita-se que nem mesmo onde há o quadro de giz a sua utilização é muito intensa, talvez pela desinformação de seu potencial de uso por parte do enfermeiro enquanto tipo de estratégia.

#### **5.4 – Fatores Restritivos/Impeditivos e Facilitadores à Prática de Educação em Saúde**

Da TABELA 13 à 18 serão apresentados e discutidos os dados referentes à existência ou não de fatores restritivos ou impeditivos e os facilitadores à prática de

educação em saúde, bem como as medidas necessárias à qualificação desta prática e à realização ou não de planejamento e avaliação da atividade educativa.

**TABELA 13 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ACORDO COM A EXISTÊNCIA OU NÃO DE FATORES RESTRITIVOS/IMPEDITIVOS E DOS FATORES FACILITADORES À PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

FATORES	SIM		NÃO		TOTAL	
	F	%	F	%	f	%
Fatores restritivos/impeditivos	27	90	3	10	30	100
Fatores facilitadores	22	84	8	16	30	100

A TABELA 13 mostra que 90% dos sujeitos reconheciam a existência de fatores restritivos/impeditivos à prática educativa deles; 84% acreditavam que existem fatores que facilitam a sua prática educativa.

A seguir serão apresentados os fatores que foram mencionados pelos sujeitos do estudo como facilitadores e/ou impeditivos/restritivos à prática das ações educativas junto à clientes em Unidades Básicas de Saúde, Juiz de Fora, MG.

TABELA 14 – DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES FACILITADORES À PRÁTICA EDUCATIVA DOS SUJEITOS

FATORES FACILITADORES	F	%
Ótima aceitação pela comunidade	1	4,5
Apoio da equipe	8	36,3
Apoio da equipe e aceitação da população	4	18,1
Conhecimento da comunidade	2	9
Apoio da assistente social	1	4,5
Equipe participativa e material e espaço físico apropriados	2	9
Interesse de “certos pacientes” e local apropriado	1	4,5
Vontade própria	1	4,5
Apoio da assistente social, diretrizes do Serviço de Saúde da Família e compreensão da prática educativa como função própria do enfermeiro	1	4,5
Recursos de ensino disponíveis	1	4,5
Total	22	100

\* Foi utilizada a linguagem dos sujeitos

A TABELA 14 permite verificar que 36% dos sujeitos achavam que o apoio da equipe de saúde era um fator facilitador da sua prática educativa; 18% além do apoio da equipe viam o interesse da comunidade como um fator facilitador.

Infere-se que ao dizer que o apoio da equipe é um fator facilitador à sua prática educativa, o enfermeiro provavelmente está se referindo não somente a participação dos outros profissionais no desenvolvimento de atividades educativas, mas também à

valorização deste tipo de atividade, o que implica em uma maior compreensão de sua importância.

Sempre que se propõe desenvolver determinadas atividades e tem-se o apoio da equipe, outras dificuldades são superadas, evitando, por exemplo, interrupções das reuniões por parte dos demais funcionários, ou favorecendo que um profissional ceda uma sala maior para a reunião, dentre outros detalhes que colaboram para um trabalho mais constante e com menos imprevistos, havendo, conseqüentemente, um retorno positivo. Assim, entende-se que para os enfermeiros sujeitos do estudo o fato de terem apoio da equipe, da assistente social, da comunidade tem sido de fato importante para a realização das ações educativas em saúde.

Faz-se um destaque aqui para o “apoio da assistente social” como único profissional que foi mencionado em separado do “apoio da equipe”. Crê-se que isso se deva ao fato de ser freqüente em Juiz de fora a maior união entre enfermeiros e assistentes sociais, em relação aos outros profissionais, no trabalho em unidades de saúde, já que o médico e o dentista não costumavam se envolver com outras atividades além de suas condutas, e, também, por trabalharem 20 horas, a metade da carga horária do enfermeiro e do assistente social (mais recentemente, com o PSF, tem-se os médicos de família com a carga horária de 40 horas semanais).

Além da questão da carga horária, provavelmente a formação do assistente social também contribuiu para sua união maior com o enfermeiro, pois, através dela, compreende a importância das questões sociais na saúde, valorizando mais a educação em saúde como um instrumento de mudança.

Como já mencionado no primeiro capítulo deste estudo, foi somente com o PSF que os outros profissionais começaram a trabalhar mais em conjunto, definindo

metas e estratégias de ação, o que explica 36% dos sujeitos apontarem o apoio da equipe como resposta a este item do questionário – existência de fatores facilitadores à prática educativa.

**TABELA 15 – DISTRIBUIÇÃO DOS FATORES RESTRITIVOS/IMPEDITIVOS À PRÁTICA EDUCATIVA DOS SUJEITOS**

FATORES RESTRITIVOS/IMPEDITIVOS	F	%
Falta de recursos materiais	9	27
Falta de tempo	8	24
Despreparo da equipe	3	9
Falta de envolvimento da equipe	1	3
Desinteresse da comunidade	3	9
Local inadequado	3	9
Falta de recursos humanos	4	12
Profissionais médicos preferem assumir sozinhos	1	3
Total*	33	100

\*Alguns sujeitos citaram mais de 1 fator.

Conforme a TABELA 15 os resultados mostram que 27% dos enfermeiros acreditavam que a carência de recursos materiais seria um fator restritivo/impeditivo de sua prática educativa; 24% referiram a falta de tempo; 12% a falta de recursos humanos; 9% o desinteresse da comunidade.

Ao falarem da falta de recursos materiais os sujeitos especificaram desde recursos de ensino, até a falta de cadeiras para que os clientes se sentassem no salão de reuniões. Quanto a falta de recursos de ensino a autora observa que o enfermeiro

poderia contornar bastante esta carência planejando melhor o seu tempo e reservando um espaço para a confecção de cartazes, folhetos ou qualquer material ilustrativo que se fizesse necessário.

Criar material didático ou consegui-lo de alguma forma é parte do papel de educador. O enfermeiro não pode querer receber tudo pronto da Secretaria de Saúde ou do Ministério da Saúde, até porque há necessidades específicas para as quais não achará material já confeccionado.

Quanto aos recursos mais onerosos como um retroprojektor, TV, vídeo e até mesmo um quadro de giz, certamente que quem deve arcar com estes custos é a Secretaria Municipal de Saúde. Assim, o que compete ao enfermeiro é reiterar pedidos e lutar por melhores condições de trabalho e envolver a comunidade nestas reivindicações através dos Conselhos Locais de Saúde, a fim de ganhar mais força.

O fato de 27% dos sujeitos ter relatado a falta de recursos materiais como fator restritivo ou impeditivo à prática educativa pode significar uma supervalorização destes recursos por parte dos enfermeiros, os quais podem estar incorrendo no erro de acreditar que os recursos materiais são o aspecto mais importante da prática educativa e que, sem eles, não poderiam executá-la. Na verdade os recursos de ensino são um grande auxílio na aprendizagem, mas nada supera a relação educador/educando, que, sendo positiva, aberta, de respeito e ajuda, pode contornar qualquer carência material.

Outro fator citado como restritivo/impeditivo pelo enfermeiro foi a falta de tempo. Como dito no referencial teórico, em Juiz de Fora há um enfermeiro em cada U.B.S., com carga horária de 40 horas e trabalhando em uma equipe com um assistente social (que no momento não está presente em todas as unidades, devido características da gestão política atual), médicos (de família ou especialistas – clínico geral, pediatra e



ginecologista), dentista em algumas unidades), auxiliares de enfermagem, além da auxiliar de expediente e um guarda – mirim (responsável por marcar consultas a nível central com especialistas). Discute-se que um enfermeiro por U.B.S. gera uma sobrecarga muito grande de trabalho se a área de abrangência e a demanda for grande na unidade, no que a autora concorda. No entanto, a autora do estudo teve diversas oportunidades de observar enfermeiros que tinham bastante tempo livre na unidade e, por falta de planejamento, ao invés de aproveitá-lo preparando suas atividades educativas ou fazendo qualquer outra coisa importante, deixavam-se ficar amiúde na recepção aguardando a demanda de clientes.

Tal atitude configura uma passividade, uma dificuldade em vencer a inércia e protagonizar a sua prática assistencial, pois, dessa forma não é o enfermeiro quem vai à comunidade, vê suas necessidades e a conhece, traça metas de atuação e dá o retorno em ações preventivas e educativas. Agindo dessa maneira, o enfermeiro é passivo ante as circunstâncias, apenas responde quando estimulado, mas não dá o primeiro passo, fazendo, portanto, uma prática curativa de espera ao surgimento do problema para, então, atuar em sua resolução.

Ressalta-se que, na verdade, a falta de planejamento ainda não é a origem do problema da falta de tempo, pois sua causa está mais relacionada à postura do enfermeiro, que não é muito ativa, prática em busca do que é melhor, pois o caminho para o que é o ideal é sempre de subida e, portanto, sempre mais difícil. Já diziam os antigos “In aspera veritas” – no difícil está a verdade. A falta de planejamento é mais uma consequência da falta de iniciativa do enfermeiro do que uma causa.

Esta postura passiva do enfermeiro pode ter suas origens em diversas fontes, sem deixar de ser a causa do problema em questão. Uma delas seria a conjuntura atual

da saúde coletiva, que gera inúmeras dificuldades para a prática assistencial tais como: carência de recursos, tanto materiais como humanos; modelo assistencial predominante que é o curativo, baseado na consulta médica; formação do enfermeiro ainda muito voltada para preparar o profissional para atuar no modelo curativo; ausência de política de educação continuada. Isto pode gerar uma mentalidade de impossibilidade, dando a idéia de que “já que tudo é tão difícil nada posso fazer”. Outra origem, mais relacionada ao próprio enfermeiro, seria a falta de reflexão sobre a vida e a prática profissional. Refletir, olhar para si mesmo (e seu entorno) e buscar compreender seus móveis (o que o move) e o sentido de suas ações, almejando o autoconhecimento. Talvez seja isso que falte ao enfermeiro.

Quanto ao despreparo e falta de envolvimento da equipe, outros dois fatores restritivos citados pelos sujeitos, reitera-se aqui, já que foi mencionada anteriormente, a importância do apoio da equipe de saúde no bom andamento das atividades educativas em uma U.B.S. Afinal o enfermeiro não exerce apenas a função educativa, há também as funções assistencial, administrativa, de pesquisa e de ensino inseridas na sua prática de enfermagem. Por isso, também, este não deve e nem pode ser o único a assumir o papel de educador.

No que se refere ao desinteresse da comunidade, resgata-se a fala de Laganá (1989) que ao pesquisar a prática de saúde dos enfermeiros, também encontrou dados onde os mesmos apontavam o desinteresse da comunidade como uma dificuldade em seu trabalho. Contudo em sua análise os via como fruto da influência dos dogmas<sup>10</sup> do Sistema de Saúde, pois entendia que o distanciamento da prática educativa em relação a vida dos clientes era o causador do desinteresse, colocando a origem da dificuldade no

---

<sup>10</sup> Referem-se à ideologia tradicional da Saúde no Brasil, que veio supervalorizando os aspectos biológico, curativo, individual, clínico, que ainda exerce influência sobre os profissionais de saúde.

tipo de abordagem concebida pelo enfermeiro, que era desvinculada da realidade da comunidade, no que a autora do presente estudo concorda plenamente.

Em relação ao fato de profissionais médicos preferirem assumir a prática educativa sozinhos, explica-se que isto ocorreu em uma U.B.S. onde havia o P.S.F.. Neste tipo de unidade os médicos são cobrados quanto a realização de atividades educativas em grupos<sup>11</sup> e, neste caso, resolveram assumir sem a participação do enfermeiro, apesar da disponibilidade deste último, demonstrando, com isso, que não compreendem a importância do trabalho em equipe. Esta situação incomodava muito o enfermeiro da U.B.S., o qual pretendia se preparar, através de reciclagem, para empreender o trabalho com saúde da mulher, que ainda não existia na unidade por desinteresse dos médicos de família.

Quanto a esta situação, considera-se lastimável tal dificuldade em se trabalhar em equipe, mas entende que não impede a atuação do enfermeiro enquanto educador, pois pode dedicar-se ainda a outras atividades que os médicos de família não realizam, como o sujeito em questão já estava buscando fazer com a saúde da mulher.

Segundo Nogueira *apud* Corbishley (1998), historicamente o trabalho coletivo (em equipe) na saúde tem como o médico a figura central, já que a consulta médica é a sua atividade principal e o que determina ou não a demanda por outros serviços.

No estudo de Corbishley (1998) evidencio-se que , quando há uma integração da equipe resultando numa aliança entre todos os profissionais, o trabalho é coletivo e a tendência à mudança (para um modelo assistencial preventivo) é forte. Foi o que observou em uma unidade onde havia o PSF.

---

<sup>11</sup> Entenda-se que neste tipo de UBS a atividade educativa era vista como função de todos os profissionais, contudo, como os médicos nunca tiveram de realizar educação em saúde com grupos e comunidade, parece que se sentiram mais cobrados e, como muitos tinham contrato por tempo determinado e talvez se sentissem ameaçados,

Uma característica do PSF em Juiz de Fora é a mentalidade de compromisso e uma forte relação de todos os profissionais da equipe de saúde em direção à prática educativa. Ou seja, todos deveriam exercer uma ação eficiente e complementar no campo da educação em saúde.

Quando médicos de família assumem uma postura de excluir demais profissionais de atividades como grupos educativos, estão demonstrando que, apesar de terem sido preparados para atuarem em uma nova perspectiva, ainda estão bastante arraigados à mentalidade tradicional, na qual médico é o principal membro da equipe de saúde.

TABELA 16 – DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS SEGUNDO GRAU DE SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À PRÁTICA EDUCATIVA

GRAU DE SATISFAÇÃO	F	%
Totalmente satisfeito	3	10
Parcialmente satisfeito	25	83
Insatisfeito	2	6,6
TOTAL	30	100

Conforme a TABELA 16 83% dos sujeitos se sentiam parcialmente satisfeitos com a sua prática educativa; 10% se sentiam totalmente satisfeitos e 6,6% se sentiam insatisfeitos com a prática educativa que desenvolviam.

resolveram assumir essa função. Só que alguns deles desconsideram o trabalho em equipe multiprofissional e se fechavam com os outros médicos da unidade. Provavelmente um reflexo do extremo corporativismo desta profissão.

TABELA 17 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ACORDO COM AS  
MEDIDAS NECESSÁRIAS PARA A QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA  
EDUCATIVA

MEDIDAS DE QUALIFICAÇÃO	F	%
Melhorar integração da equipe e compreensão da importância da prática educativa para a comunidade	4	14,8
Expandir recursos humanos e materiais e melhorar a área física	3	11,1
Preparar equipe e expandir recursos materiais	5	18,5
Ter mais tempo, recursos materiais e humanos e melhor envolvimento da equipe	3	11,1
Maior interesse da comunidade, melhor área física e mais recursos materiais	2	7,4
Ter mais tempo	1	3,7
Fazer planejamento	1	3,7
Inverter o modelo assistencial e melhorar as condições de trabalho	1	3,7
Não respondeu	3	11,1
TOTAL	27	100

\*Nesta tabela foi mantida a linguagem dos sujeitos

Conforme a TABELA 17, 18% dos sujeitos consideravam como melhor medida para qualificar a prática educativa o preparo da equipe e a expansão dos recursos materiais; 14% melhorar a integração da equipe e compreensão da importância da prática educativa para a comunidade; 11% não responderam; 7,4% citaram a necessidade de maior interesse da comunidade e melhor área física e mais recursos.

O trabalho em equipe foi apontado pelos sujeitos tanto como fator impeditivo (quando não transcorre bem), quanto como fator facilitador (quando auxilia a prática educativa) e como proposta de melhoria da qualidade da prática educativa. Assim, fica mais uma vez confirmada neste estudo a relevância do trabalho em equipe.

Face ao exposto entende-se que a questão do trabalho em equipe e sua influência na prática educativa merece ser investigada buscando compreender como este acontece nestas U.B.S.

Quanto a expansão de recursos humanos e materiais a autora do estudo vem a corroborar esta necessidade, pois é bem visível a necessidade de se adquirir mais recursos de ensino que, na maioria das vezes, são escassos. O mesmo ocorrendo em algumas U.B.S. quanto aos recursos humanos, como, por exemplo, no caso de férias de funcionários onde não há substituições no período e sobrecarregando os que permanecem na unidade.

Contudo, ressalta-se ainda, que muitas vezes o enfermeiro tem como lidar e até contornar estas situações através de um planejamento mais eficiente que possibilite ao enfermeiro tempo para que ele mesmo confeccione muitos dos recursos de que necessita. Então, é uma dificuldade que para ser resolvida precisa de maior apoio da Secretaria Municipal de Saúde sim, mas que também pede dedicação do enfermeiro.

A autora entende que se existem problemas, devem existir sua contraparte que são as soluções. Assim, quando o profissional deixa de responder a o que fazer para melhorar sua prática educativa considerada não totalmente satisfatória, e 11% o fizeram, pode estar demonstrando sua passividade ante as dificuldades da vida profissional, já que se realmente estivesse interessado encontraria formas alternativas e diversas possibilidades de enfrentamento das situações. Por isso afirma-se que está faltando

poder de decisão, que é o primeiro passo para a solução de problemas, e que está nas mãos do enfermeiro decidir-se a agir, a não se deixar vencer pelas dificuldades, a planejar melhor o seu tempo, a usar a avaliação como ferramenta de mudanças, a cobrar do serviço melhores condições de trabalho, enfim a ser um melhor profissional a cada dia.

TABELA 18 – DISTRIBUIÇÃO DAS RESPOSTAS DE ACORDO COM A REALIZAÇÃO DE PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS

AÇÕES EDUCATIVAS	SEMPRE		QUASE SEMPRE		ÀS VEZES		NUNCA		SEM RESPOSTA		TOTAL	
	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Planejamento	14	46,6	13	43	2	6,6	1	3,3			30	100
Avaliação	15	50	9	30	4	13	1	3,3	1	3,3	30	100

A TABELA 18 permite verificar que 46% dos sujeitos sempre planejavam suas atividades educativas, 43% quase sempre e 3,3% nunca planejavam.

Segundo Dilly e Jesus (1995) a construção do planejamento de ensino compõem-se de vários passos: conhecimento da realidade, elaboração, execução, avaliação e aperfeiçoamento do plano.

Sabe-se que, conforme a TABELA 8, há unidades que não tinham nenhuma forma de levantamento das necessidades e características da população alvo, o que leva a inferir que de fato existem dificuldades e falta de priorizações, em relação a primeira etapa do planejamento, que é bastante relevante.

Entende-se que não havendo possibilidade de fazer levantamento detalhado e amplo da comunidade, deve-se, ao menos, realizar no grupo em que se pretende trabalhar. É uma forma de reduzir os fatores limitantes nas atividades, pois somente com uma sondagem inicial buscando-se as características, expectativas e necessidades do público alvo das ações educativas, bem como das condições de vida às quais é submetido, o enfermeiro poderá definir a situação adequadamente e fazer um planejamento que possa ter seus objetivos alcançados, com uma proposta realmente necessária e metodologia conveniente ao conteúdo e aos sujeitos.

Nesta linha de pensamento Dilly e Jesus (1995, p 140), dizem: *“muito do fracasso do processo de ensino aprendizagem se deve à inadequação de um planejamento que desconsidera as peculiaridades de cada grupo, o que o torna inútil e, às vezes, inviável, pois não existe planejamento que sirva para todas as situações, indistintamente”*.

Tendo conhecido a realidade parte-se para a segunda etapa, a elaboração do plano de ensino, a qual, tem os seguintes passos: determinação dos objetivos, seleção e organização dos conteúdos, dos procedimentos de ensino, dos recursos, dos procedimentos de avaliação e estruturação do plano de ensino.

Nas etapas subsequentes se executa, avalia e aperfeiçoa o plano.

Na TABELA 18 vê-se que 50% dos enfermeiros sempre avaliavam a sua prática educativa e 3,3% nunca a realizavam.

Sendo a avaliação condição indispensável para o crescimento profissional do enfermeiro, pois promove a reflexão sobre a prática e o entendimento dos pontos positivos a serem mantidos e dos pontos negativos a serem melhorados, ressalta-se a



necessidade de que os enfermeiros das U.B.S. de Juiz de Fora compreendam e desenvolvam a avaliação freqüentemente.

Conforme Turra e col. (1984) a avaliação deve ser planejada para que ocorra ao longo do processo ensino-aprendizagem, exercendo a função diagnóstica – verificando os conhecimentos e características dos clientes no início do processo; a função controladora – mantendo enfermeiro e cliente informados do rendimento e deficiências do processo para que as modificações necessárias à boa eficiência sejam implementadas; a função classificatória – verificando e comparando os resultados obtidos ao final do processo, fornecendo um *feedback* aos clientes e a visualização de erros e acertos para a reflexão do enfermeiro.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES**

#### **6.1 Conclusões**

Tendo como objeto de estudo a prática de educação em saúde desenvolvida pelos enfermeiros à clientes de unidades básicas de saúde no município de Juiz de Fora – MG, foi obtida uma compreensão geral de como acontecia essa prática .

Baseando-se no alcance dos objetivos propostos para o estudo, chegou-se às seguintes conclusões.

1 - Quanto ao perfil do enfermeiro no que se refere à prática de educação em saúde com clientes. No presente estudo ficou evidenciado que a maior parte dos enfermeiros das unidades de saúde não tinha outra formação específica na área de educação, além da que recebeu na graduação. Seu entendimento acerca da educação em saúde era coerente, mas ainda limitando-se para as questões de aspecto informativo, não compreendendo como educação em saúde a formação da consciência crítica a respeito do processo saúde-doença e a compreensão dos determinantes sociais e políticos desse processo.

Os sujeitos compreendiam que a educação em saúde é muito relevante e afirmaram que valorizavam a participação ativa do cliente nas atividades educativas como de fundamental importância.

A conclusão confirma que o perfil do profissional vem corroborar com a participação deste nas atividades de educação em saúde nos cenários das Unidades Básicas de Saúde.

2 – Quanto às características das atividades educativas pode-se concluir que o fato de que grande parte dos sujeitos não tinha em sua unidade, ou desconhecia, um levantamento atual e amplo das características e necessidades da comunidade, demonstrando que a maioria dos sujeitos não conhecia bem, de forma sistematizada as características da área de abrangência de sua UBS, certamente dificultando o planejamento e a correta priorização de ações. As atividades educativas estavam voltadas aos grupos humanos que atendem os programas preconizados pelo Ministério da Saúde, sendo que alguns grupos (idosos e trabalhadores) não eram contemplados por nenhuma ação educativa.

3 – Da análise das estratégias e recursos de ensino concluiu-se que a exposição oral era a estratégia mais utilizada pelos enfermeiros e, na percepção dos sujeitos do estudo, de forma parcialmente adequada. Os recursos de ensino mais utilizados foram os cartazes e folhetos e o material demonstrativo (DIU, seringas e outros).

4 – Na identificação dos fatores restritivos/impeditivos e facilitadores concluiu-se que o apoio da equipe e a aceitação da prática educativa pela comunidade eram fatores que facilitavam o processo educativo na UBS, enquanto que a falta de material, de tempo e de recursos humanos era vista pelos enfermeiros como principal fator restritivo/impeditivo da educação em saúde. Assim os sujeitos se sentiam parcialmente satisfeitos com o desenvolvimento da sua prática educativa. Foram indicadas pelos mesmos medidas como integração da equipe, expansão de recursos humanos e

materiais, disponibilidade de mais tempo, para obter-se melhor qualificação da prática educativa junto à clientes nas Unidades Básicas de Saúde.

Os resultados permitiram concluir ainda que na grande maioria dos casos o enfermeiro fazia sempre ou quase sempre planejamento para as atividades educativas bem como realizava avaliação das mesmas.

Face ao exposto, como conclusão geral do estudo pode-se dizer que a prática de ações de educação em saúde em Unidades Básicas de Saúde era realizada pelos enfermeiros, contudo ainda existiam fatores como formação, dados da comunidade, participação da equipe como um todo e recursos que precisavam ser melhor utilizados e discutidos, tornando estas atividade mais caracterizadas dentro deste cenário de prática do enfermeiro.

## **6.2– Recomendações**

- ◆ Configura-se a necessidade de se promover a capacitação específica na área de educação em saúde, principalmente porque alguns sujeitos relataram que não se sentiam bem preparados para atividade educativa, deixando de realizá-la em alguns momentos. Outro motivo, que vem reforçar essa recomendação, diz respeito à possibilidade que uma atualização sobre educação em saúde oferece para a discussão do que vem a ser essa prática, levando-se em consideração o achado em relação ao conceito limitado que os sujeitos têm sobre a educação em saúde.
- ◆ Recomenda-se que uma reavaliação da importância de se ter na UBS um levantamento das características e necessidades da população da sua área de

abrangência, pois só assim o planejamento poderá ser coerente e pertinente à realidade encontrada.

- ◆ Que se entenda, valorize e implemente a prática educativa com os grupos populacionais ainda não abordados em nenhuma das UBS pesquisadas – o idoso e o trabalhador.
- ◆ A escassez de recursos de ensino, mencionada pelos sujeitos como um fator de restrição da sua prática educativa (embora não seja o mais importante), aponta para a necessidade de expansão destes recursos com vistas ao enriquecimento da prática educativa. Expansão esta, que deve partir da Secretaria de Saúde, mas também do enfermeiro e demais profissionais da equipe, no sentido de que se comprometam com a educação em saúde e exerçam sua criatividade também na confecção de recursos de ensino.
- ◆ Que se estude a visão da comunidade acerca da prática educativa e a questão da influência do envolvimento da equipe de saúde na prática de educação em saúde.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDRADE, Vera e COELHO, Maria Alice S. M. O processo educacional na promoção de ações comunitárias em Saúde. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n 41, p. 57 – 363, 1997.
- BOHADANA, Estrella. Experiências de participação popular nas ações de saúde. In: **Saúde e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes Ltda, 1982.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL, Instituto de Pesquisa e Planejamento/Juiz de Fora . **Plano diretor de Juiz de Fora**. Juiz de Fora, ago., 1992.
- BRASIL, Legislação Federal. Lei n. 8080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**: Brasília, 1990
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS**. Doutrinas e princípios, Brasília, v.1, 1990.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Ação participativa: perspectivas de atuação dos educadores de Saúde Pública**. Brasília, 1984.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Programa de Saúde da Família–Saúde dentro de casa**. Departamento de Operações, Coordenação de Saúde da Comunidade. Programa Saúde da Família. Brasília, 1994.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/N 545 de 20/05/93. Norma Operacional Básica SUS 01/1996. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2 set. 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. **I Seminário Internacional - Envelhecimento Populacional: uma agenda para o final do século** Brasília: MPAS, SAS, 1996.

BRASIL, S. M. S. de Juiz de Fora. **Tese da S.M.S. de Juiz de Fora. Modelo Assistencial proposto para o S.U.S.** Documento elaborado pelo GIM- Grupo de inversão do modelo assistencial, Juiz de Fora, 1995. Texto xerocopiado.

BORDENAVE, Juan Díaz e PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem.** Petrópolis: Vozes, 1984.

BUB, L. I. R. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.

CANDEIAS, Nelly M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista de Saúde Pública**, n31, p. 210 – 213, 1997.

CARVALHO, Gilson de C. M. A doença da saúde tem cura. **Revista Saúde em Debate.** CEBES, n 35, p. 30-32, jul. 1992.

CARVALHO, Irene M. **O processo didático.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1974.

CHAMMÉS.J. Educação para a doença. **Saúde em Debate**, Londrina, n 44, p.32- 44, set. 1994

- CORBISHLEY, A. C. M. **O trabalho de enfermagem no processo de construção de um modelo assistencial em saúde coletiva..** Orientadora: Laura Tavares. Rio de Janeiro: UFRJ, EEAN, 1998. Tese. (Doutorado em enfermagem)
- CORBISHLEY, A. C. M. e LOPES, A. P. Características da rede básica de saúde do SUS de Juiz de Fora - MG. In: **4º PESQUISANDO EM ENFERMAGEM**, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, 1997.
- DILLY, C.M.L. e JESUS, M. C. P. **Processo educativo em enfermagem:** das concepções pedagógicas à prática profissional. São Paulo: Robe Editorial, 1995.
- FLEGNER DIAS. **Metodologia de pesquisa.** Rio de Janeiro: ECEFEEx, 1995.
- FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade.** 17 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
- FREIRE JÚNIOR, M.B. Conhece-te a ti mesmo uma proposta de educação popular para a saúde. **Saúde em Debate**, Londrina, n 43, p.4-9, dez. 1993.
- HEIDEMANN, I. T. S.B. A necessidade de organização comunitária através de uma participação consciente com uma comunidade de baixa renda. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 100-10, jan/jun., 1993.
- HOGA, Luiza Akiko K. Educação para a saúde com grupos de adolescentes. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 21, p. 68 – 74, mar./abr., 1997.
- JUIZ DE FORA. **Plano Diretor de Juiz de Fora - Diagnóstico, vol 1.** Prefeitura de Juiz de Fora – Instituto de Pesquisa e Planejamento, 1996.
- KAWAMOTO, Emilia E., SANTOS, Maria C. H. dos, MATTOS, Thalita M. **Enfermagem comunitária.** São Paulo: EPU, 1995.
- LAGANA, Maria T. C. A educação para a saúde: o cliente como sujeito da ação **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v23, p. 149 - 159, abr



1989.

LARA, Tiago Adão. **A escola que não tive...o professor que não fui...** São Paulo Cortez, 1996.

L'ABBATE, S. SMEKE, E.L.M. e OSHIRO, J.H. A educação em saúde como um exercício de cidadania. **Saúde em Debate** Londrina, n 37, p. 81-85, dez 1992.

LEAVELL, H.R. e CLARK, E.G. **Medicina preventiva**. São Paulo: Mcgraw Hill do Brasil, 1976.

LESCURA, Y. & MAMEDE, M. V. **Educação em saúde**: abordagem para o enfermeiro. São Paulo: Sarvier, 1990.

LIMA, Maria Alice Dias da. Educação em saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 87-91, jul. 1996.

MACHADO, Maria Lúcia Salim e CONDÉ, Rosely Salomão. **Programa Saúde da Família: alternativa à inversão do modelo assistencial em saúde - Juiz de Fora**. Juiz de Fora, 1996 (Monografia de conclusão do Curso de Especialização em Serviço Social aplicado à saúde – Faculdade de Serviço Social - UFJF).

MELO, Maria do Carmo Alves de. **Necessidades de saúde de uma comunidade; atuação da/o enfermeiro**. Rio de Janeiro, 1982 (Dissertação de Mestrado da EEAN/UFRJ).

MELO, J.A.C. **Educação; razão e paixão**. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

MINAYO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde**. 3 ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MOHR, Adriana, SCHALL, Virgíni T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n8, p.199 – 203, abr/jun, 1992.

- MONTICELLI, Marisa. As ações educativas em enfermagem: do senso comum ao bom senso. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 7 à 16, jul/dez, 1994.
- OMS. **Educación para la salud. Manual sobre educación sanitaria en atención primaria de salud.** Ginebra.
- PEREIRA, Gilza Sandre. **O profissional de saúde e a educação em saúde: representações de uma prática.** Rio de Janeiro, ENSP, 1993. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública).
- REZENDE, Ana Lúcia M. **Saúde, dialética do pensar e do fazer.** 2 ed, São Paulo: Cortez, 1989.
- RUDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** Petrópolis, Vozes, 1978.
- SANMARTI, Luis Salleras. **Educación sanitária: principios, metodos y aplicaciones.** Madrid, Días de Santos, 1988, p. 53-63.
- SCHWARZ, Fernando. **A tradição e as vias do conhecimento ontem e hoje.** Belo Horizonte, Edições Nova Acrópole, 1993.
- SCOTNEY, Norman. **Educação para a saúde, manual para o pessoal de saúde da zona rural.** São Paulo, Paulinas, 1981
- SILVA, M. E. K. Da , GONZAGA, F. R. S. R., VERDI, M. M. Marco conceitual para a prática assistencial de enfermagem enquanto processo educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n45, p. 54 – 59, jan/mar., 1992.
- SILVA, J.O. Educação em saúde: notas para a discussão de um campo temático. **Saúde em Debate**, Londrina, n 42, p. 36-39, mar. 1994.

- SILVA PINTO, S.M.P. e colaboradora. Metodologia da Assistência de enfermagem uma nova estratégia de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n 36, p. 172-182, 1983.
- STOTZ, Eduardo N. Enfoques sobre educação em saúde. In VALLA, V. V. e STOTZ, E. N. (Org). **Participação popular, educação e saúde : teoria e prática**. Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1993.
- TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Cortez/ Autores associados, 1987.
- TURRA, Clódia M. G., ENRICONE, Délcia, SANT'ANA, Flávia M., ANDRÉ, Lenir . **Planejamento de ensino**. Porto Alegre: SAGRA, 1984.
- UNGLERT, Carmem Vieira. **Territorialização em sistemas de saúde**. In: MENDES, Eugênio V. (org), **Distrito Sanitário, o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo – Rio de janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.
- VASCONCELOS, Eymard M. **Educação popular nos serviços de saúde** São Paulo, HUCITEC, 1989.
- VARGAS, E.P. e ROMERO, E. A. **Práticas de educação em saúde; programa integral de assistência à saúde da mulher**. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.
- VARGAS, Magda N. **O trabalho educativo em saúde nas comunidades rurais: as experiências da enfermagem no Brasil e no Perú**. Orientadora: Laura Tavares Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 1996 .Dissertação ( Mestrado em Enfermagem).
- VELASQUES,C.L. e cols. O enfermeiro no desenvolvimento da comunidade, atuação como educador. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 47 p. 16-20, abr/set. 1986.

WERNER, **Onde não há médico.** São Paulo: McGrall-Hill do Brasil, 1977

## **ANEXO 1**

## QUESTIONÁRIO

### A - CARACTERÍSTICAS PROFISSIONAIS

1 - Tempo de formação em Enfermagem (em anos):.....

2 - Tempo de trabalho em Unidade Básica de Saúde (Centro de Saúde) (em anos):.....

3 - Tem curso de especialização?

( )SIM especificar:.....

( )NÃO

4 - Tem outros cursos de capacitação (atualização, aperfeiçoamento, licenciatura, etc) em educação/Educação em Saúde?

( )SIM Qual (quais)?.....

( )NÃO

### B - CONHECIMENTO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1 - Para você, o que é Educação em Saúde?

.....  
.....  
.....

2 - Você considera a prática de Educação em Saúde enquanto atividade do enfermeiro:

( ) muito relevante    ( ) relevante    ( ) pouco relevante    ( ) sem relevância

3 - Você considera que a Educação em Saúde pode ser:

( ) individual                      ( ) com a família    ( ) outros.....

( ) com a comunidade              ( ) com grupos

## Educação em Saúde?

☐ fundamental      ☐ necessária, mas não fundamental      ☐ desnecessária

## C - CARACTERÍSTICAS DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS

1 - Existe na unidade em que trabalha levantamento das características e necessidades da população atendida pelo serviço?

( )SIM ( )NÃO

Caso afirmativo, qual o tipo de levantamento que foi realizado?

[Home](#)
[About Us](#)
[Contact Us](#)
[Privacy Policy](#)
[Terms of Service](#)
[FAQ](#)
[Blog](#)
[Partners](#)
[Press](#)
[Careers](#)
[Sitemap](#)

2 - Descreva no quadro abaixo as atividades educativas que você desenvolve junto à clientela e a frequência com que são realizadas.

[illegible]

#### D - ESTRATÉGIAS E RECURSOS DE ENSINO UTILIZADOS

1 - Que tipo de estratégia de ensino você utiliza na sua prática de Educação em Saúde?

- ☐ discussão circular
- ☐ tempestade cerebral
- ☐ palestra (com participação dos ouvintes somente após a exposição)
- ☐ exposição oral (com participação durante a exposição)
- ☐ discussão em pequenos grupos
- ☐ outros ( especificar).....

2 - Você acha as estratégias que utiliza :

- ☐ totalmente adequadas às necessidades e características da clientela
- ☐ parcialmente adequadas
- ☐ insuficientes

Justifique sua resposta.....

.....

3 - Que tipo de recursos de ensino você utiliza?

- ☐ quadro de giz e giz
- ☐ cartazes
- ☐ folhetos
- ☐ slides
- ☐ retroprojektor
- ☐ material demonstrativo (DIU, diafragma, etc)
- ☐ outros (especificar).....

4 - Os recursos que você utiliza são:



☐ totalmente adequados às necessidades e características da clientela

☐ parcialmente adequados

☐ insuficientes

Justifique sua resposta.....

.....

**E - FATORES IMPEDITIVOS E FACILITADORES À PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

1 - Existem fatores impeditivos/restritivos à sua prática educativa?

☐ SIM

☐ NÃO

Em caso afirmativo, quais são eles?.....

.....

2 - Existem fatores facilitadores à sua prática educativa?

☐ SIM

☐ NÃO

Em caso afirmativo, quais são eles?.....

.....

3 - Como você se sente em relação à sua prática educativa?

☐ totalmente satisfeita(o)

☐ parcialmente satisfeita(o)

☐ insatisfeita(o)

4 - Caso você não esteja satisfeita(o), o que considera importante fazer para melhorar a situação?

.....

.....

.....

5 – Você planeja suas atividades educativas?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ às vezes
- ☐ nunca

6 – Você avalia suas atividades educativas?

- ☐ sempre
- ☐ quase sempre
- ☐ às vezes
- ☐ nunca

## **ANEXO 2**

## OBSERVAÇÃO SISTEMATIZADA

Observar se o enfermeiro:

1 - Cria atmosfera de confiança e amizade.

Indicadores a serem observados:

- sorri para os clientes;
- os chama pelo nome próprio;
- explica as finalidades da reunião;
- dá abertura para que se expressem verbalmente (dúvidas, problemas, comentários);
- procura ser simpático e cortês, nunca sendo ríspido;
- garante que os problemas dos clientes porventura expostos serão confidenciais;
- outras atitudes conforme a necessidade , dependendo do momento.

2 – Demonstra atenção e sabe ouvir.

Indicadores;

- olha com atenção para o cliente que se expressa;
- espera que o cliente termine sua colaboração antes de falar (a não ser que esteja se alongando demais para o momento ou desnecessariamente);
- dá um retorno com palavras ou movimento de cabeça sobre o que ouviu do cliente;

3 – Utiliza linguagem acessível ao cliente.

Indicadores:

- não usa termos técnicos que não tenham sido explicados;
- prefere palavras mais simples, de uso popular, mas não desrespeitosas

#### 4 – Presta informações adequadas às necessidades e realidades do cliente.

Indicadores:

- investiga o que o cliente já sabe e que tipo de informações ainda precisa e as fornece;
- se a clientela é de baixo nível econômico não sugere produtos onerosos mostrando alternativas.

#### 5 - Domínio do conteúdo.

Indicadores:

- firmeza nas considerações;

#### 6 – Valoriza o saber que o cliente traz consigo.

Indicadores:

- investiga em que o cliente acredita, o que usa e o que conhece do assunto tratado;
- ouve o que o cliente diz com atenção ;
- se a crença do cliente pode lhe causar algum tipo de prejuízo, explica-lhe os motivos das contra-indicações de maneira respeitosa ( sem fazer chacotas, ou agir como se fosse o dono da verdade) e dá alternativas.

#### 7 – Planejamento da ação.

Indicadores:

- a ação educativa transcorre sem imprevistos prejudiciais.

## 8 – Avaliação ação educativa.

Indicadores:

- procura verificar o que o cliente entendeu;
- dá abertura para que o cliente avalie o momento.

## 9 – Estratégias e recursos utilizados

Indicadores:

- adequação das estratégias e recursos ao tema e aos clientes;
- interesse e boa participação dos clientes (para estratégias que envolvem participação);
- não utiliza recursos escritos, como cartazes, para grupos com analfabetos.

## 10 – Estimula a participação dos clientes.

Indicadores:

- explica que é importante a participação deles;
- faz perguntas orais

## 11- Duração e pontualidade das reuniões.

Indicadores:

- a reunião começa e termina na hora marcada;
- quanto dura;
- demonstração de cansaço ou não dos clientes.